

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

PERCEPTION DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE PAR LES SAGES-FEMMES DES PATIENTES HOSPITALISEES POUR INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MEDICAMENTEUSE

Clarisse BERTHET

Née le 31 août 1999

Soutenu en mai 2022

Dr VAN-NIEUWENHUYSE Aude
Gynécologue-Obstétricienne, Centre Hospitalier de Bourg-en-B.

ETHEVENOT Emilie
Sage-femme enseignante, Site Formation Maïeutique de Bourg-en-B.

BONHOURE Paola
Sage-femme enseignante, Site Formation Maïeutique de Bourg-en-B.

Directrice de mémoire

Guide de mémoire

Co-Guide de mémoire

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue tout au long de l'écriture de ce mémoire :

Au Dr Aude VAN-NIEUWENHUYSE, directrice de ce mémoire, pour m'avoir conseillée lors de ce travail ;

A Mme ETHEVENOT Emilie, sage-femme enseignante à l'école de Bourg-en-Bresse et guide de ce mémoire, pour m'avoir épaulée tout au long de cette année ;

A l'ensemble des sages-femmes enseignantes, Paola, Bérangère et Myriam, ainsi qu'à la directrice de notre école, Françoise et qu'au reste de l'équipe pour m'avoir accompagnée lors de ces quatre années ;

Aux sages-femmes rencontrées durant mes stages, qui m'ont fait découvrir cette profession que j'affectionne tant et à celles qui ont accepté de participer à cette étude ;

A Clara, Marie, Roxane, Floriane, Laura et Mélanie, mes camarades de promotion, pour m'avoir fait rire et m'avoir soutenue toutes ces années. Merci pour ces merveilleux souvenirs ;

A Clara, Gautier, Lucas et Paul, mes amis, pour m'avoir changée les idées lorsque j'en ressentais le besoin et pour m'avoir encouragée cette année ;

A mes parents, à mon frère, à ma tante et à toute ma famille, qui ont toujours cru en moi, qui m'ont permis de suivre mes rêves et d'arriver jusqu'ici.

Table des matières

Liste des abréviations.....	7
1 Introduction	1
2 Matériels et méthode	3
2.1 Méthode.....	3
2.1.1 Réglementation	3
2.1.2 Population.....	3
2.1.3 Recrutement des professionnels	4
2.2 Recueil de données	4
2.2.1 Construction de la grille d'entretien.....	4
2.2.2 Déroulement des entretiens.....	5
2.3 Analyse des données.....	6
2.4 Forces et limites de l'étude.....	6
3 Résultats et analyse	9
3.1 Le ressenti des sages-femmes face à l'accompagnement de ces patientes.....	11
3.1.1 La perception de l'orthogénie	11
3.1.2 La perception des différents profils sociaux et psychologiques des patientes et les difficultés rencontrées	14
3.2 Les difficultés générées par le manque de moyens matériels.....	20
3.2.1 Localisation et service associé	20
3.2.2 Installation et confort des patientes	23
3.3 Les difficultés générées par le manque de moyens humains et le manque de temps	27
3.3.1 L'accompagnement de la douleur	27
3.3.2 L'accompagnement psychologique	30
4 Discussion	35

4.1	Un service et du personnel dédiés.....	35
4.1.1	Des professionnels formés spécifiquement à la prise en charge des IVG médicamenteuses.....	35
4.1.2	Des sages-femmes disponibles.....	43
4.1.3	Un lieu et une place adaptés accordés à la patiente.....	46
4.2	Un accompagnement psychologique adapté	49
4.2.1	Une prise en charge pluridisciplinaire de la patiente	49
4.2.2	Un temps de parole pour les sages-femmes	52
5	Conclusion.....	53
	Références bibliographiques.....	55
	Annexes.....	
	Résumé.....	

Liste des abréviations

CHB : Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

CHHB : Centre Hospitalier du Haut Bugey

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Mg : Milligrammes

µg : Microgrammes

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

SA : Semaines d'Aménorrhée

SDC : Suites de couches

SDN : Salle de naissance

SG : Semaines de Grossesse

1 Introduction

En 2019, un total de 232 200 Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) a été réalisé en France soit pour la métropole, 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Il s'agit de femmes de tout âge, la tranche d'âge la plus concernée restant les femmes de 20 à 29 ans avec un taux de recours à l'IVG de 27,9 IVG pour 1000 femmes (1)(2).

L'IVG peut se réaliser de deux manières : par voie chirurgicale ou par voie médicamenteuse. Selon la législation en vigueur, en France, les délais légaux pour la pratique de l'IVG sont :

- De 16 SA (Semaines d'Aménorrhée) pour l'IVG chirurgicale
- De 9 SA pour l'IVG médicamenteuse : cette dernière peut se dérouler à domicile ou lors d'une hospitalisation ambulatoire dans un établissement conventionné (3)(4).

Des recommandations et des protocoles précis quant à la réalisation du geste existent et sont appliqués (5). Après une information éclairée et selon le terme de la grossesse, c'est à la patiente que le choix final de la méthode revient. Quelle que soit la méthode choisie, la patiente devra réaliser un premier rendez-vous d'information suivi d'un second rendez-vous destiné à l'organisation de l'IVG. Durant le deuxième rendez-vous, un entretien psycho-social doit être proposé à la patiente majeure ou mineure émancipée. Il est obligatoire pour les mineures non émancipées. Cet entretien peut être réalisé par une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé (6). Une visite de contrôle est également obligatoire entre le 14^e et le 21^e jour après l'IVG (3).

Lors de mes différents stages en milieu hospitalier, j'ai été amenée à prendre en charge des patientes hospitalisées pour IVG médicamenteuse. J'ai pu observer que certaines d'entre elles paraissaient isolées et que la disponibilité des sages-femmes pour leur prise en charge variait en fonction de l'activité du service. Le sentiment de ne pas être suffisamment disponible pour accompagner pleinement ces femmes m'a amené à m'interroger sur la qualité de ma posture professionnelle auprès de celles-ci. A la fin de mes gardes une question me préoccupait : comment les patientes vivaient-elles leur journée d'hospitalisation ?

Plusieurs témoignages ainsi qu'un mémoire qualitatif sur le vécu de l'hospitalisation dans le cadre de l'IVG médicamenteuse évoquent l'expression de différents ressentis, dont pour certaines, la solitude, une impression de jugement ou de la banalisation. Certaines femmes ont déclaré qu'elles auraient préféré bénéficier davantage de présence de la part de l'équipe soignante et de la possibilité de discuter de leur état (7)(8). J'ai été personnellement confrontée à plusieurs situations dans lesquelles, des patientes revues en consultation à posteriori de l'hospitalisation, expliquaient ne pas s'être senties suffisamment accompagnées et demandaient à pouvoir consulter de nouveau un psychologue.

Ces constatations soulèvent certaines interrogations :

Les professionnels prenant en charge ces femmes ont à leur disposition des protocoles décrivant précisément les horaires de prises de comprimés, les effets attendus et les critères de sortie de la patientes (5).

Alors que l'aspect médical est très encadré, l'accompagnement psychologique est moins abordé. Si cela est une réalité dans les textes de loi, qu'en est-il dans les services ? Comment est-ce que les sages-femmes accompagnent ces femmes ?

2 Matériels et méthode

2.1 Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée avec des entretiens semi-directifs et anonymisés.

2.1.1 Réglementation

Dans le cadre de l'étude, nous avons interrogé des professionnels de santé. Les données récoltées sont à caractère personnel et non médicales. Ainsi, cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé ni de la Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

Le synopsis ainsi que le protocole de recherche ont été validés par l'équipe pédagogique du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse. Le registre des traitements de recherche et l'engagement de confidentialité ont été remplis et envoyés le 28 juillet 2021.

Les entretiens ont été anonymisés et sécurisés. Ils seront détruits à l'issue du travail de recherche.

2.1.2 Population

La population cible était des sages-femmes travaillant dans le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB) ou du Haut Bugey (CHHB), ayant pris en charge des patientes hospitalisées pour IVG médicamenteuse. Le critère de non-inclusion à l'étude était que la prise en charge de cette patiente se soit déroulée il y a plus de deux ans.

Il n'existe pas de critère de sortie d'étude, hormis le souhait de la personne interrogée de se retirer de l'étude.

2.1.3 Recrutement des professionnels

Pour contacter les professionnels, nous nous sommes adressés au cadre de santé des deux centres hospitaliers concernés par l'étude. Nous leur avons transmis un document à destination des sages-femmes (annexe I), expliquant brièvement notre recherche et indiquant nos coordonnées. Les professionnels intéressés par notre étude pouvaient ainsi nous contacter par email suite auquel nous fixions un rendez-vous pour réaliser l'entretien, en visioconférence ou en présentiel selon les possibilités de chacun.

2.2 Recueil de données

2.2.1 Construction de la grille d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs et individuels, qui suivaient notre trame (annexe III).

Durant chaque entretien, nous demandions dans un premier temps au professionnel de se présenter et de retracer son parcours professionnel.

Dans un second temps, il devait présenter le fonctionnement du service où sont prises en charge les patientes hospitalisées pour une IVG médicamenteuse.

Ensuite, nous demandions à la sage-femme de nous raconter la dernière journée où elle avait pris en charge une de ces patientes puis d'évoquer comment elle l'avait vécu.

L'entretien se terminait en questionnant les éventuelles difficultés rencontrées par le professionnel sur la prise en charge de ces patientes.

La trame a été testée et réajustée à deux reprises en interrogeant une sage-femme et une étudiante sage-femme de dernière année.

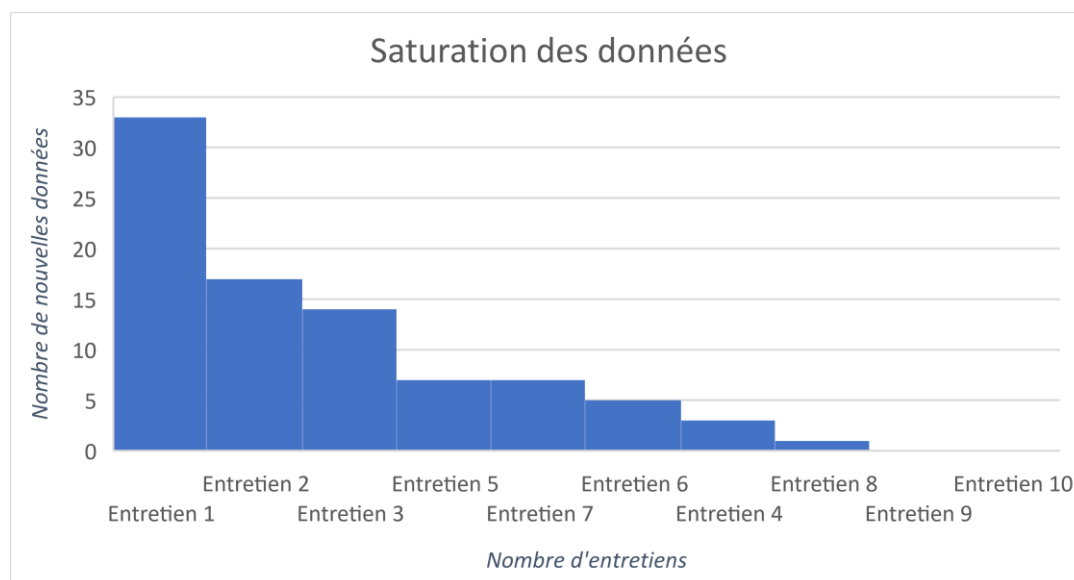
2.2.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés du 19 août au 19 octobre 2021.

Les professionnels de santé ont pris contact avec nous pour fixer un rendez-vous, au cours duquel l'entretien a été réalisé. Quatre entretiens ont été réalisés en présentiel et six ont été réalisés en visioconférence.

Un consentement à signer pour l'enregistrement de l'entretien était communiqué à chaque personne avant de débiter la discussion. Cela nous permettait de nous concentrer sur la conversation et l'analyse du langage non-verbal des professionnels interrogés. Tous les entretiens ont été anonymisés sous le format « SF (numéro d'entretien) » et l'enregistrement a été supprimé après retranscription.

Nous avons interrogé des sages-femmes jusqu'à saturation des données c'est-à-dire jusqu'au dixième entretien.



2.3 [Analyse des données](#)

La méthode choisie est celle de l'analyse de contenu thématique, sous le champ de la psychologie et avec le versant organisations de travail et psychologie sociale.

La première étape consiste en une analyse verticale de chaque entretien, dont l'objectif est d'extraire les idées majeures qui ressortent de chaque thème pour le professionnel en question.

Par la suite, une analyse horizontale nous a permis de rechercher parmi tous les entretiens réalisés, les thèmes récurrents.

Pour finir, une analyse interprétative était effectuée, permettant d'articuler les différentes idées et thèmes entre eux, afin de synthétiser ce qu'il ressortait de notre étude.

2.4 [Forces et limites de l'étude](#)

La force principale de ce travail de recherche est d'avoir donné la parole aux sages-femmes. Cette parole permet de les libérer du cadre protocolaire hospitalier. On a ainsi une observation subjective de l'objet de notre étude. Les sages-femmes ont pu exprimer leurs besoins, leurs pensées, leurs sentiments.

Une des limites de l'étude réside dans le biais de sélection des professionnels interrogés. Ce dernier est dû au principe de participation sur la base du volontariat. Les professionnels sélectionnés sont donc des personnes qui se sentent à minima concernés par le sujet.

Nos entretiens ont été réalisés en présentiel ou en visioconférence, permettant dans un cas comme dans l'autre de visualiser le professionnel lors de l'échange. Cela a permis d'analyser la partie non-verbale de chaque entretien. Cependant, nous pouvons remarquer que pour les six échanges effectués en visioconférence, l'analyse du non-verbal est tout de même plus complexe via un écran qu'en présentiel. Les entretiens n'ont donc pas pu être tous analysés avec la même finesse.

L'analyse des entretiens peut sembler subjective mais chaque entretien a fait l'objet d'une première lecture à chaud, complétée par une deuxième lecture par la guide de ce mémoire et suivie d'une troisième lecture de ma part, à distance de l'entretien.

3 Résultats et analyse

Les dix entretiens se sont déroulés avec trois sages-femmes du CHHB et sept sages-femmes du CHB. Ils ont duré en moyenne trente et une minutes, le plus court ayant duré dix-huit minutes et le plus long quarante minutes.

Le tableau ci-dessous récapitule les données concernant les sages-femmes ayant participé à cette étude :

	Lieu de travail	Postes occupés
<i>SF1</i>	CHHB	SDC + SDN
<i>SF2</i>	CHB	SDC + SDN + grossesses pathologiques
<i>SF3</i>	CHB	Consultations + orthogénie + grossesses pathologiques
<i>SF4</i>	CHB	SDC + grossesses pathologiques
<i>SF5</i>	CHHB	SDC + SDN
<i>SF6</i>	CHB	Consultations + orthogénie + grossesses pathologiques
<i>SF7</i>	CHB	SDC + consultations + grossesses pathologiques + SDN
<i>SF8</i>	CHHB	SDC + SDN + consultations
<i>SF9</i>	CHB	SDC + grossesses pathologiques
<i>SF10</i>	CHB	SDC + SDN + grossesses pathologiques

Suite à leur analyse, les résultats vont être présentés en trois grandes parties :

- Tout d'abord, nous parlerons du ressenti des sages-femmes face à l'accompagnement de ces patientes ;
- Ensuite, nous aborderons les difficultés générées par le manque de moyens matériels ;
- Pour finir, nous traiterons des difficultés générées par le manque de moyens humains.

3.1 Le ressenti des sages-femmes face à l'accompagnement de ces patientes

Dans cette première partie, nous allons exposer les différents points de vue et ressentis des sages-femmes par rapport à l'orthogénie. Nous traiterons de la perception qu'elles ont de la discipline puis des patientes dont elles s'occupent.

3.1.1 La perception de l'orthogénie

La perception de l'orthogénie est différente d'un professionnel à un autre, fonction de ses convictions, de sa personnalité et de son parcours professionnel.

Impact du cadre légal :

Certains professionnels ne souhaitent pas pratiquer cette discipline. Une des lois relatives à l'IVG indique que chaque praticien possède le droit à la clause de conscience. Il peut refuser de réaliser cet acte, sous couvert d'en informer immédiatement l'intéressée et de la rediriger vers un confrère qui pourra la prendre en charge (9). SF5 aborde le sujet :

« On a beaucoup de médecins qui exercent leur droit de... [...] La clause de conscience[...] Y a des sages-femmes qui l'exercent aussi. [...] Je trouve que dès qu'il y a une histoire de refus de la part du soignant, euh... Bah ça met pas les patientes dans un cadre de confiance. »

La sage-femme voit le refus de prise en charge comme un obstacle pour la patiente.

Impact du vécu et de la personnalité de chaque professionnel :

Deux des sages-femmes que nous avons interrogées pensent que le vécu et la personnalité de chacun influent sur la prise en charge des patientes. SF2 nous dit : *« je pense que le côté personnel joue aussi un peu »*.

SF1, quant à elle, met en lumière toute la contradiction entre le devoir de s'occuper de la même manière de chaque patiente et le fait que le contact établi avec chacune d'entre elles est différent et parfois difficile. En effet, SF1 nous fait part de sa difficulté à rester neutre face à une patiente dont elle s'est déjà occupée de ses précédentes grossesses : *« pas envie de la*

voir », « je sais que pour toutes les dames on doit se comporter exactement de la même façon [...]. On reste des êtres humains, et le contact il passe pas avec tout le monde. »

SF 6, 9 et 10 s'accordent pour dire qu'elles essaient de ne pas être « *jugeantes* » et de ne pas stigmatiser ces patientes.

Impact du parcours professionnel :

Certaines sages-femmes nous ont fait part de l'importance du parcours professionnel sur la perception de l'orthogénie. Nous pouvons noter une différence entre celles qui travaillent seulement dans les services d'hospitalisation et celles qui travaillent également dans le centre d'orthogénie. SF3 et SF6, qui exercent toutes les deux au centre d'orthogénie, nous en font part.

SF3 : *« Je trouve que c'est un avantage pour moi de l'orthogénie en bas et de m'en occuper ici. C'est d'une facilité que les filles n'ont pas », « des fois les infirmières [...] elles peuvent faire ça [...] deux fois tous les six mois. Gérer leur douleur, elles savent pas trop. Expliquer la contraception, c'est pas trop leur domaine », « plus au courant des protocoles », « t'as des réponses plus faciles ».*

SF6 : *« ça m'apporte beaucoup parce que du coup, je sais comment sont menés les entretiens [...]. Les indications, contre-indications ou plutôt les effets secondaires des médicaments, je les connais bien maintenant donc je peux prévenir plus les dames [...] puis effectivement y a la connaissance de tout le déroulement de l'ivg, de savoir que dans trois semaines, elles vont faire un contrôle. [...] Je pense que quand on fait que l'hospit, on n'a pas... Pas la même... Enfin c'est pas aussi fluide, pour les conseils. »*

Travailler au centre d'orthogénie semble apporter de l'aisance et de la fluidité tant dans les connaissances théoriques que pratiques. SF4, exerçant seulement en service, nous parle également cette différence :

« Ce qui m'embête un peu c'est que [...] c'est que sur une étape. Et en fait, j'aurais bien aimé, avant de m'occuper de ces patientes, d'avoir vu au moins une ou deux fois en consultation, comment ça se passait avant et comment ça se passait après ».

En effet, les sages-femmes qui travaillent exclusivement dans les services d'hospitalisation semble parfois mal à l'aise avec les questions de certaines patientes :

« Et c'est jusqu'à quand ? Comment est-ce que ça marche ? Et est-ce que le bébé va souffrir ? » (Rires) Tu vois ça c'est ...

Clarisse : Ce sont des questions qui sont un peu inconfortables pour vous ?

SF8 : Alors bah, totalement. Enfin tu sais, comment tu veux répondre... » »

Ces différences de perception influencent le travail d'équipe, les relations interprofessionnelles et celles avec le patient.

Conséquence sur le travail d'équipe et les relations interprofessionnelles :

Ces différences peuvent créer des désaccords sur la façon de procéder dans l'équipe. Nous pouvons prendre l'exemple de SF5 qui interprète le fait que son collègue ait donné l'échographie à la patiente comme une tentative de créer de la culpabilité chez cette dernière.

« (La patiente :) « Vous voulez l'échographie ? Parce qu'il me l'a donné » Ah d'accord. (Ton surpris, fait les gros yeux.) » « Y a beaucoup de soignants qui essaient de jouer sur la culpabilité des patientes... [...] Donner l'échographie à une gaminette de 18 ans, [...] c'est pas leur donner le choix de choisir, c'est orienter beaucoup leur choix. »

Conséquences sur la relation avec le patient :

En revanche, de manière générale lors de nos entretiens, nous constatons l'orthogénie est une discipline qui laisse place à de nombreux non-dits. L'expulsion en fait partie et c'est un sujet qui n'est que très peu abordé malgré son importance. Sur les dix sages-femmes interrogées, seule SF3 a évoqué directement le sujet :

« Ce qui est difficile, c'est savoir quoi dire aux patientes pour l'expulsion. Si tu leur dis rien, elles nous reprochent de ne pas les avoir prévenues et si on en dit trop, elles ont peur. » « [...] la moitié de l'équipe je pense, dès qu'elles sonnent, elles ont peur de... Si la dame leur demande d'aller aux toilettes. Elles ont peur de voir un fœtus. »

Son ressenti illustre la difficulté à trouver les mots justes pour communiquer et pointe également l'effet négatif de l'absence d'échange à ce propos.

Les sages-femmes nous disent donner une information sur l'expulsion, concernant la temporalité ou ce que peuvent apercevoir les femmes. Cependant, aucune n'évoque le fait de demander à la patiente ce qu'elle souhaite vis-à-vis de ce moment.

SF6 : « qu'il peut y avoir de petits caillots et des petits débris qui correspondent un peu au fœtus et au placenta hein. »

SF8 : « Je leur donne aussi un peu les statistiques. [...]Il me semble que c'est 60 % des femmes avaient une évacuation utérine dans les 4 heures. »

D'autres préfèrent faire ce choix à la place de la patiente, dans l'optique de la protéger. Nous pouvons citer SF2 :

« Dès qu'elles sentent que ça coule un peu, il faut qu'elles aillent sur les toilettes. Je leur dis toujours de pas regarder, parce que bah elles ont pas besoin. Si elles veulent que nous on regarde, qu'elles appellent. »

3.1.2 La perception des différents profils sociaux et psychologiques des patientes et les difficultés rencontrées

Une des particularités de l'orthogénie réside en la multiplicité des profils sociaux et psychologiques des patientes reçues, qui peuvent être source de difficultés chez les soignants.

Les profils sociaux :

Il ressort des entretiens que les sages-femmes classent inconsciemment les patientes en plusieurs groupes : celles pour qui l'IVG est utilisée comme contraception, celles pour qui l'IVG est difficile, les mineures réalisant une IVG et pour finir celles qui se trouvent dans un contexte de violence.

Le groupe pour lequel l'IVG est assimilé à un moyen de contraception :

Le groupe associé à l'utilisation de l'IVG comme contraception traite essentiellement des patientes ayant recours à des IVG multiples. Dans notre étude, les sages-femmes réagissent différemment les unes des autres.

- Certaines ressentent de l'incompréhension.

SF1 : « Alors évidemment y en a qui sont pas du tout gênée hein. Comme je te disais y en a qui prennent ça pour un moyen de contraception. »

SF2 : « Autant y a des femmes qui prennent ça pour une contraception autant y en a d'autres c'est des décisions difficiles. »

SF4 : « Elles arrivent, euh, à la troisième, quatrième IVG, on a envie de dire zut quoi, c'est pas un moyen de contraception, y a d'autres moyens. C'est plus ça qui me dérange. » "Clarisse : y a une incompréhension un petit peu de pourquoi elles en arrivent là ? " " Ah oui. " »

Les femmes banaliseraient ce geste. L'absence de gêne de la patiente est interprétée comme une absence de difficulté, qui désarçonne la professionnelle.

- D'autres ressentent de la culpabilité ou un sentiment d'échec

SF9 : « Non, prenez une contraception, enfin on lui a déjà dit mais là quand même, faut... On reparle de contraception. »

Les praticiens peuvent ressentir de la culpabilité ou un sentiment d'échec, de ne pas avoir réussi à empêcher que cela n'arrive. SF9 nous fait part de son questionnement sur la contraception d'une patiente, venue plusieurs fois pour une IVG. Elle a l'air de penser que la contraception est le problème et se demande pourquoi la patiente ne suit pas les conseils du personnel.

- D'autres, s'interrogent sur les raisons de ces IVG multiples

Elles cherchent à comprendre pourquoi les femmes répètent ce schéma. SF7 illustre ce propos :

« Celles qui vont m'interroger par exemple c'est les IVG multiples tu vois ça tu te dis qu'il y a peut-être quelque chose à faire. [...] Tu peux te poser la question des violences, tu peux te poser la question des représentations. [...] Pourquoi est-ce qu'elles n'ont pas de contraception ? Est-ce qu'elles n'ont pas le droit d'avoir la pilule ? [...] ouais creuser le pourquoi du comment, leurs représentations de la contraception, qu'est ce qui les bloque ? »

Elle cite plusieurs possibilités pour expliquer cette répétition, comme les représentations sociales et culturelles, ou les violences que pourraient subir la femme.

Le groupe pour lequel l'IVG est un choix difficile :

Pour les sages-femmes interrogées, le groupe des femmes « pour qui c'est difficile » est créé en opposition aux femmes pour qui certains éléments sont interprétés comme facilitant le vécu de cette épreuve. Ces éléments sont : être un professionnel de santé, avoir déjà réalisé une IVG ou être sûre de ses raisons d'interrompre la grossesse.

SF4 : « On sentait bien que c'était une décision terrible mais il y avait pas trop de choix et elle nous a posé là, toute sa douleur et son chagrin d'en arriver là. »

« Pour moi c'est une décision qui est extrêmement difficile à prendre, pour une femme, dans le cas de cette dame-là, parce que je crois que quelle que soit la décision prise, dans les deux cas, on se sent (blanc) COUPABLE. »

SF2 : « Autant y a des femmes qui prennent ça pour une contraception autant y en a d'autres c'est des décisions difficiles. »

SF8 : « En plus, elle était dans la santé cette fille je m'en souviens, elle faisait des études d'infirmière ou quelque chose comme ça. »

« Après y en a pour qui ça se passe très bien hein, y en a pour qui c'est pas une question, pour qui parfois c'est même pas la première, elles sont tranquilles ».

SF9 : « Tu vois, j'avais eu une femme c'était son quatrième et c'était pas possible enfin ils avaient des problèmes. Et elle se culpabilisait et elle avait choisi l'ivg quand même. »

Les mineures réalisant une IVG :

Les sages-femmes interrogées nous ont également fait part de la difficulté qu'elles peuvent éprouver quant à l'accompagnement de femmes mineures. Pour certaines, cette situation peut s'avérer complexe. Nous pouvons remarquer que la difficulté se situe en différents points.

- Le secret médical vis-à-vis des parents

Le rapport aux parents semble être un élément clé. En effet, la femme mineure peut réaliser l'IVG sans le consentement de ses parents si elle est accompagnée de la personne majeure de son choix (10). Le rôle du praticien est d'inviter la jeune femme à expliquer la situation aux personnes responsables d'elle pour faciliter son accompagnement. Mais si elle refuse, il devra alors maintenir le secret médical à l'égard des détenteurs de l'autorité parentale.

SF5 et SF8 nous parlent de leur expérience quant aux problèmes de secret professionnel à l'égard des parents de la patiente. Nous remarquons qu'il s'agit de la gestion de la situation suite à des complications de l'IVG ou liées à des erreurs administratives.

SF5 : « Elle avait 13 ans je crois. [...] Elle était avec son éduc [...] Elle est partie pour un curetage à genre 18 heures. [...] Donc on a fini par appeler les parents en leur disant que leur fille était à l'hôpital parce que [...] elle devait rester chez nous hospitalisée et du coup il fallait que les parents soient au courant. [...] Il a fallu mitonner un peu l'histoire forcément, y avait une infirmière qui était avec nous, qui savait pas et qui a dit aux parents que oui leur fille était hospitalisée en gynéco enfin bref. »

SF8 : « [...] Il avait fallu passé au bloc, y avait eu une histoire de carte d'identité tout ça [...] y a eu un souci parce que [...] les parents ont reçu la facture du coup ils voulaient savoir ce qu'ils

avaient à payer [...]. Donc il a fallu prendre la mineure à part, l'inviter à expliquer à ses parents, [...] y avait eu un couac au niveau du secret médical enfin... »

- La pression de l'entourage sur la décision d'IVG

Le rapport aux parents peut également poser question lorsqu'ils sont présents. Comme décrit par SF2, dans certaines situations, nous pouvons nous demander si la décision de l'IVG a été prise par la patiente ou si elle l'a prise sous la pression de son entourage.

SF2 : « Est-ce que c'était un souhait de la jeune, est-ce que c'était celui de sa mère ? [...] Il faut quand même son consentement à elle. »

- La violence et le consentement lors des rapports sexuels

SF6 soulève également une des spécificités du jeune âge de ces patientes : la question du consentement lors des rapports sexuels et des violences car elles constituent un public particulièrement exposé.

SF6 : « [...] Quand elles ont moins de 16 ans euh, ça me, ça me... perturbe. [...] Je vais essayer de me poser les bonnes questions, quand même de savoir, le consentement de ces relations sexuelles. »

Le groupe des femmes victimes de violence :

En effet, la présence de femmes victimes de violence interpelle les professionnels. Il peut s'agir de viol ou de violences conjugales. Ces situations semblent venir les questionner sur le repérage et la façon d'aborder le sujet avec les patientes.

SF5 : « une patiente qui s'est mise à pleurer parce que son mari devait pas être au courant parce que sinon il allait la frapper. »

SF7 : « La question des violences, faudrait qu'on puisse plus creuser parce que, qui dit IVG, dit normalement t'as un quart de violences. Donc euh, ça veut dire qu'on les voit pas toutes et ça, ça m'interroge beaucoup. »

SF7 nous propose des axes d'amélioration quant au dépistage de ces violences :

« Repérer. Tu vois, pendant l'interrogatoire. Puis après c'est tout l'algorithme qui en découle : leur dire que c'est interdit par la loi, leur rappeler qu'elles peuvent porter plainte, leur donner les adresses d'associations où elles peuvent aller si jamais elles ont besoin enfin tu vois après c'est toute la prise en charge des violences mais en général. Mais euh, en tout cas, par rapport à la psychologue, par rapport à plein de choses mais en tout cas je pense qu'au niveau du dépistage, ça peut être mieux. »

Certaines sages-femmes nous disent ne pas avoir besoin d'informations sur le contexte de l'IVG tant que les informations utiles et importantes sont transmises, sous-entendu les informations liées à des contextes de violences ou d'abus sexuels. Ce n'est pas toujours le cas, comme l'explique SF3.

SF2 : « J'avais pas tout le détail de l'histoire. [...] Elles en parlent beaucoup aux filles en bas, on a peut-être pas besoin de connaître l'histoire de tout le monde. [...] Les informations importantes souvent on les a quand même [...] si c'est une ivg suite à un viol, ce sera écrit ou transmis. »

SF3 : « Une petite jeune qui avait subi un viol [...] on a pas été prévenu et du coup j'ai mis les pieds dans le plat [...]. »

Les profils psychologiques :

Certains professionnels interrogés se sentent mal à l'aise face à l'ambivalence de leurs patientes et ne comprennent pas toujours leurs réactions.

*SF5 : « « Euh, bah oui je vais vous la prendre et je vais la garder du coup » « Ah non, non, je voudrais garder un souvenir de mon bébé » (expression surprise). Alors, on est d'accord qu'on fait un IVG ? (Rires) C'est une grossesse qu'on interrompt ? » »
« Ça faisait un peu bizarre cette ambivalence entre ce qu'elle disait et ce qu'elle faisait. Ça faisait un peu comme si elle avait envie de garder cette grossesse, après elle a le droit, je veux dire, elle peut aussi être dans l'ambivalence hein. »*

SF7 : « Celles qui m'avaient marqué c'était les deux qui avait déjà pris la Mifegyne et puis euh bah tiens finalement je veux le garder qu'est-ce qu'on fait ? »

D'autres sages-femmes interrogées ne trouvent pas que l'ambivalence soit une difficulté, car elles pensent que lorsque les femmes arrivent pour l'hospitalisation, leur décision est prise. Les professionnels mentionnent les consultations pré-hospitalisations comme lieu de parole qui permettent de prendre la décision finale. Ainsi, une fois dans le service d'hospitalisation, la discussion de l'ambivalence n'a plus lieu d'être.

SF8 : « C'est plutôt pour la prise de mifégyne où des fois t'as quand même là, le petit moment devant le cachet où là Ffff, y a un petit moment d'hésitation. [...] La plupart du temps, je trouve que quand elles viennent, elles sont décidées. »

SF10 : « Après je sais qu'elles ont déjà eu deux entretiens avant donc elles ont déjà eu l'occasion aussi d'aborder ces questions-là. Quand elles viennent à l'hôpital, le processus est déjà amorcé, elles ont déjà pris leur mifégyne, elles ont déjà voilà quoi. »

L'un des mécanismes de défense pouvant être mis en place en réponse à une forte ambivalence est la recherche de validation de son choix chez le professionnel. Elle cherche ainsi du soutien et de la réassurance dans sa décision mais cela représente un poids pour le praticien.

SF1 : « Elle était complètement perdue et j'aurais insisté « nan nan mais prenez le comprimé », elle l'aurait pris mais euh, c'est pas mon choix. C'est pas mon corps, c'est pas ma grossesse donc euh du coup moi je les éclaire. »

« J'en fait quoi de tout ça moi maintenant ? [...] Là j'ai été en difficulté avec cette patiente. »

« J'ai l'impression qu'elles demandent qu'on choisisse pour elles. »

« Moi je suis pas psy. [...] J'explique ce qu'elles risquent ou pas. [...] C'est pas notre rôle. Nous on doit les accompagner, leur dire ce qu'elles risquent, ce qu'elles risquent pas enfin tout ça mais c'est elles qui mettent le cachet dans la bouche hein, c'est pas moi qui vais leur mettre. »

Les sages-femmes mettent en avant le fait que leur rôle n'est pas de choisir pour les femmes. Elles semblent dire que dans certaines situations, un psychologue serait nécessaire pour prendre en charge efficacement la patiente, car elles n'en ont pas les prérequis.

Les sages-femmes affrontent beaucoup de situations complexes contre lesquelles elles ne se sentent pas armées. Elles ressentent le besoin d'en parler et le font auprès de leurs collègues.

SF1 : « où on accueille beaucoup, beaucoup, beaucoup d'émotions. Autant positives que négatives [...] on a pas les armes nécessaires pour pouvoir les aider dans ce côté psychologique » « on en parle entre collègues c'est bien mais bon finalement derrière, on en fait quoi? »

SF8 : « Pouvoir le raconter, pouvoir le partager, bah ça c'est hyper important dans la profession aussi hein. [...] Tu sais on absorbe hein, alors des fois tu prends un peu dans le visage des histoires compliquées ou des fois tu as besoin de raconter à tes collègues pour entendre qu'elles aussi elles trouvent que « Ah ouais dis donc c'est une histoire forte » et pour légitimer le, ce sentiment de « waouh » »

Elles sont demandeuses d'un endroit où elles pourraient discuter des situations difficiles qu'elles ont rencontrées :

SF1 : « supervision de ce qu'on vit en tant que bah toi étudiante et ce qu'on pourrait vivre nous en tant que sage-femme. »

« Une prise en charge plus pluridisciplinaire [...] sur des grossesses [...] tu vas la voir plusieurs fois [...] les IVG c'est plus compliqué [...] c'est court. »

SF4 : « On n'a jamais tant que ça le temps de discuter de ces trucs-là et euh, il faudrait pouvoir en discuter souvent, c'est... C'est des femmes qui se présentent au planning et tout ça, il faudrait pouvoir plus discuter de ça avec les gens qui travaillent dans les plannings familiaux quoi. Là ça serait intéressant. »

3.2 Les difficultés générées par le manque de moyens matériels

Dans cette deuxième partie, nous allons parler du manque de moyens matériels relaté par les sages-femmes et de ses conséquences sur l'accueil des patientes.

3.2.1 Localisation et service associé

D'après les entretiens :

- Dans le premier centre, la patiente prend rendez-vous auprès d'un médecin ou d'une sage-femme réalisant les échographies. Une fois la datation effectuée, elle est envoyée dans le service de suites de couches où la sage-femme effectue la première consultation d'explication et fixe les rendez-vous suivants. La patiente revient ensuite dans ce même service : une première fois pour prendre le comprimé de mifépristone, dans le bureau de la sage-femme puis une deuxième fois pour l'hospitalisation et la prise de misoprotol.
- Dans le second centre, la patiente prend rendez-vous dans le service d'orthogénie, situé à l'étage des consultations. Elle rencontre la sage-femme qui date la grossesse et donne les rendez-vous et le médecin qui vérifie l'absence de contre-indication à l'IVG. La conseillère conjugale propose systématiquement un entretien, qui est obligatoire pour les mineures. Elle est revue dans le même service pour la prise de la mifépristone puis hospitalisée dans le service de grossesses pathologiques pour la prise de misoprostol.

Un centre d'orthogénie pour les consultations pré et post-IVG :

Le fonctionnement du centre d'orthogénie semble satisfaire les professionnels qui y ont recours. Il permet un parcours bien organisé et la rencontre des différents types de professionnels pouvant être utile à la prise en charge de ces femmes comme le médecin, la sage-femme et le psychologue ou le conseiller conjugal. Le centre d'orthogénie semble s'occuper de toute la logistique pour que les sages-femmes du service d'hospitalisation n'aient à s'occuper que de l'acte en lui-même.

SF2 : « Parcours bien rodé, on a l'habitude. »

SF9 : « Je trouve que c'est pas mal. Parce qu'elles [...] voient la sage-femme, elle voit le médecin, la psychologue ou la conseillère conjugale, elles reviennent après prendre le médicament. Ensuite bah nous on essaie de les accueillir le mieux possible. »

« Quand elles sont dans le service, quelque part, on a pas grand-chose à faire. C'est tout gérer en amont. Clarisse : Ok. Est-ce qu'il y a des choses que vous modifieriez si vous le pouviez ? SF9 : Bah, non. »

Les services accueillant les patientes pour leur hospitalisation :

- Un service polyvalent avec une activité importante

Quant aux services accueillant la patiente pour la prise de misoprostol, les professionnels les décrivent comme des services multitâches avec une activité importante. Pour les sages-femmes, s'occuper de patientes aux motifs d'hospitalisation très différents se révèle complexe.

SF2 : « C'est un service un peu multiple en fait où il y a les urgences gynéco, la gynécologie [...] grossesse patho, chambres kangourou et donc il y a des lits d'orthogénie. [...] C'est un peu un service poubelle. »

« On passe de la vie à la mort d'une chambre à l'autre. [...] On essaie de bien les prendre en charge mais parfois on passe d'un extrême à l'autre en deux secondes et demi. [...] Des fois je trouve pas très confortable de passer de l'une à l'autre. »

- La place des patientes au sein de ces services

Les professionnels s'interrogent parfois sur la place de ces patientes dans ces services pour plusieurs raisons.

En effet, les sages-femmes nous font part de l'organisation et du temps nécessaires à leur prise en charge ainsi que de l'interruption de tâche que cela génère.

SF7 : « On pourrait plus s'investir. Et on a pas le temps et en ce qui me concerne, j'ai l'impression que ce sont toujours les premières qu'on va... pas mettre de côté mais euh, disons que ça nous arrange bien si jamais ben elles pleurent pas trop, elles posent pas trop de questions, fin voilà. »

Ils semblent se questionner également sur cette place et sur comment ressentent ces dernières le fait d'être hospitalisée dans un service dédié aux femmes enceintes ou ayant accouché. Ils pensent que cela peut altérer leur liberté à choisir l'issue de cette grossesse en alimentant leur culpabilité.

SF1 : « Les faire passer devant toutes les chambres où il y a des mamans et leur bébé, enfin moi ça me révolte. [...] C'est déplacé pour elles. » « Elle passe souvent, en plus, le matin quand elles sont hospitalisées pour le gymiso, y a la visite du pédiatre au milieu de tout ça »

SF5 : « [...] Y a plein de patientes qui viennent alors qu'elles ont déjà accouché chez nous, elles viennent faire une IVG chez nous... Ça les met un peu dans des situations difficiles où elles remettent en question leur choix, beaucoup alors que bon leur décision elle leur appartient et elles l'ont prise en âme et conscience. C'est pas... Enfin on a pas à les mettre dans des situations un peu difficiles émotionnellement. »

Plusieurs solutions ont été évoquées par les professionnels interrogés, comme la création d'un service dédié ou d'un circuit alternatif, évitant de croiser bébés et femmes enceintes.

Un service dédié aux consultations et à l'hospitalisation :

Disposer d'un service dédié à ces patientes, pour les consultations pré et post-hospitalisation ainsi que pour l'hospitalisation en elle-même, est vu comme un réel avantage.

SF1 : « Avant, [...] y avait un centre d'orthogénie. Y avait une sage-femme dédiée. »

SF5 : « Un vrai circuit pour les patientes, une zone dédiée enfin un service d'orthogénie. »

SF8 : « On avait des locaux dédiés pour ça. Certes, c'était pas au même étage donc c'était pas très pratique, mais quand c'était calme en salle d'accouchement, on les mettait dans les salles de pré-travail. »

Un circuit alternatif :

Les sages-femmes du premier centre nous font part d'une possibilité qui avait été discutée pour l'organisation du circuit des patientes consultant pour IVG médicamenteuse, qui consistait à réaliser la plus grande partie du parcours de l'IVG hors du service de suite de couches. Pour l'hospitalisation, elles passeraient par l'arrière du service. Ainsi, elles arrivaient à leur chambre sans passer devant celles des femmes ayant accouchées.

SF1 : « Y a quelques années, on avait réfléchi à un nouveau parcours avec un bureau [...] elles rentraient pas dans le service de la mat. [...] Et pour le gymiso, on les aurait fait passé par l'arrière du service [...] elles passaient pas au milieu. C'est tombé à l'eau. [...] Compliqué à mettre en place. »

SF8 : « Pour qu'elles ne passent plus en maternité pour prendre les rendez-vous mais que ça soit les secrétaires de gynécologie qui donnent les rendez-vous. Et nous on les reçoit que pour les prises médicamenteuses quoi. Mais ça sera quand même pour l'instant toujours la même localisation géographique hein. » « Je l'ai fait sortir par le fond du service, pour éviter de retraverser toute la maternité. »

3.2.2 Installation et confort des patientes

Nous pouvons ressentir un malaise chez les personnes interrogées sur la place accordée à la patiente dans le service. Elles utilisent différents adjectifs péjoratifs pour la décrire :

SF1 : « Merdique » « On les jette dans une chambre. » « Pas de place »

SF7 : « ça donne l'impression qu'on... Bah qu'on les met au placard quoi. »

SF8 : « C'est une petite place (sourire gêné). »

Il existe plusieurs problématiques concernant la place qui leur est attribuée comme l'inégalité entre les femmes hospitalisées pour IVG et les autres patientes.

Un traitement inégal entre les femmes hospitalisées pour IVG et les autres patientes :

Selon les soignant, les femmes hospitalisées pour IVG médicamenteuse et les autres femmes par l'équipe sont traitées de manière inégale au sein du service. Il s'agit d'un simple

hébergement, pour reprendre les mots des sages-femmes interrogées. Elles sont présentes seulement pour s'assurer de l'absence de complication.

SF7 : « On n'arrête pas de te répéter au final, que c'est juste de l'hébergement [...] et qu'elles sont juste là au cas où [...]. On dit bien que ça rentre pas dans l'activité du service. [...] C'est pas la même place. »

SF10 : « Elles sont pas considérées en fait comme des patientes hospitalisées. [...] Alors qu'elles viennent quand même pour un soin qui est pas anodin et qui mérite une prise en charge digne de ce nom, voilà. » « En fait elles sont là mais je pense qu'on nous fait comprendre qu'il faut pas qu'on y passe trop de temps [...]. Ça les rassure d'être là si elles sont pas accompagnées à la maison [...] mais je pense pas qu'on nous encourage à leur tenir la maison, c'est pas l'objectif primaire quoi. »

Cette inégalité de traitement ressort à travers divers éléments :

- Le repas non prévu

Les patientes n'ont pas de repas prévu dans le service, elles doivent amener leur nourriture si elles souhaitent se restaurer.

SF7 : « On est pas censé leur apporter à manger enfin tu vois, ça aussi dans la prise en charge... « ben non vous allez vous chercher un sandwich. ». C'est juste de l'hébergement. Enfin tu vois c'est tous des petits trucs où ça fait vraiment comme si elles étaient à côté. »

SF10 : « Comme elles ne sont pas hospitalisées, le repas n'est pas pris en charge par exemple. Donc moi, je leur propose toujours une petite collation [...] ça me choquerait pas qu'il y ait un plateau pour ces patientes. »

- L'installation sur des fauteuils ou des brancards

Les femmes hospitalisées sont installées sur des brancards ou sur des fauteuils, ce qui les différencie des autres patientes, disposant d'un lit. Le confort est donc moindre pour ces femmes, ce qui dérange le personnel.

SF4 : « Une chambre à deux lits, qui ne sont pas vraiment des lits, ce sont des brancards améliorés, qui est dédiée à l'accueil de ces patientes-là. »

SF5 : « Elles sont mal installées. Les pauvres dames, elles sont sur des fauteuils, assises comme ça toute la journée. [...] Déjà que c'est un moment pas très agréable, si en plus on leur rend encore plus désagréable, c'est pas fou. »

SF8 : « C'est un fauteuil qui s'incline un petit peu avec des accoudoirs. »

- La nécessité de salir au minimum

Les patientes étant « *de passage* », le ménage doit être rapide, elles ne doivent pas prendre de temps. SF8 nous le montre en donnant la consigne de ne pas se mettre dans les draps et de recouvrir le lit pour limiter la quantité d'entretien.

SF3 : « Le week-end, je faisais forcing pour les mettre ailleurs. On me disait "Oui mais ça fait plus de ménage", je m'en fou je le ferais. »

SF10 : « C'est vrai que ces patientes-là, on a le sentiment que tout le monde a envie de les voir partir très vite. Mais bon, peut-être que je trompe. C'est aussi des histoires de ménage, que c'est des patientes en ambulatoire, qui sont pas hospitalisées et que voilà. »

L'hospitalisation en chambre double :

Une des autres grandes problématiques de la place accordée à ces femmes réside en leur hospitalisation en chambre double. Cela soulève plusieurs questions comme l'intimité, le secret professionnel et l'hygiène quant aux sanitaires communs.

- L'absence de respect du secret médical

Comme mentionné dans l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, le secret médical couvre toutes les informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel (11). Ce secret est grandement remis en question dans ce contexte, car la personne se trouvant dans la même chambre connaît la raison de l'hospitalisation de sa voisine et peut entendre d'autres informations la concernant.

SF2 : « On peut mettre un petit paravent éventuellement entre elles mais on entend tout. »

SF7 : « Par rapport au secret professionnel, je me dis l'autre personne elle est pas censée savoir pourquoi elle est là. »

SF10 : « J'ai jamais été très à l'aise par rapport au secret médical en fait. [...] J'ai eu le cas d'une patiente qui... Ou en fait j'installe une première patiente, qui était accompagnée de son éducatrice. [...] Et il se trouve que la deuxième patiente que j'installe, pas de chance hein, l'éducatrice était sa tante. »

- L'absence d'intimité et l'altération de la relation soignant-soigné

L'intimité et la relation entre le professionnel et la patiente sont également altérées : il est probable que de la femme ne souhaitera pas se confier à côté d'une autre patiente.

SF2 : « Y a aussi le côté confidentialité où y a des dames qui ont envie de dire des choses et elles ont pas forcément envie de se faire entendre par l'autre dame. »

SF3 : « Si y a un accompagnant c'est... Tu peux pas discuter avec la personne. »

SF10 propose une solution pour améliorer le respect du secret médical et la qualité de la relation soignant-soigné en cas de chambre double :

« J'aime bien les voir individuellement. Donc soit, soit elles sont toute seules dans la chambre quand elles arrivent et je les vois dans la chambre. Soit elle arrive en deuxième position et je prends toujours un temps dans le bureau à part. J'aime bien reposer les choses avec elles, voilà. En toute... Voilà, entre guillemets avec le secret professionnel et voilà. »

L'hygiène et l'inconfort des sanitaires communs :

La question de l'hygiène et de l'inconfort des sanitaires parfois communs aux deux patientes est également abordée.

SF2 : « Elles partageaient les mêmes WC, ce qui est un peu... bof. » « On n'a pas forcément envie de s'asseoir sur les mêmes WC que quelqu'un d'autre. »

SF10 : « [...] c'est vrai qu'au 16, elles se partageaient le même toilette et c'était quand même pas top quoi. »

Une nette amélioration a eu lieu sur ce point, due en partie aux restrictions sanitaires liées à l'infection à SARS-CoV-2.

SF3 : « Alors déjà moi je suis contente que depuis le covid, on les mette plus dans la chambre toute petite, l'une collée sur l'autre. [...] Je trouvais ça insupportable. » « La chambre est partagée comme il y a une cloison. Visuellement elles se sont pas vues. [...] Elles ont une meilleure place [...]. »

Certains professionnels jugent la chambre double inadaptée seulement dans certains cas. Ils ne trouvent pas cela dérangent lorsque les deux patientes sont hospitalisées pour la même raison et lorsqu'elles ne montrent pas de besoin particulier ou de détresse.

SF7 : « On essaie de faire au mieux, de pas mettre une dame qui a une IVG et une dame qui a un curetage dans la même chambre, et c'est pas toujours possible. »

SF3 : « Cette fois-là, elle était toute seule parce que vu comme elle était pas bien, on l'a pas mise avec quelqu'un. [...] Si on voit des femmes qui sont vraiment pas bien, on essaie de switcher les lits, quand y a de la place. » « Parfois on n'a pas le choix que d'avoir deux dames

à côté dont une dame qui est pas très bien. » « Si c'est des dames qui sont vraiment différentes c'est un peu particulier de les mettre ensemble. »

Ce type de chambre est perçu comme un avantage dans certaines situations car les professionnels remarquent un soutien entre les patientes. Ceci dit, leur avis est mitigé à ce sujet. Si certains trouvent que cela permet de rendre la journée moins difficile pour les femmes, d'autres pensent que ce n'est pas le rôle de la patiente de soutenir la femme qui se trouve à côté d'elle.

SF2 : « Y en a à qui ça va très bien, la journée passe plus vite. »

SF6 : « C'est vrai qu'éventuellement parfois elles peuvent être deux à être dans la même situation, ce qui est parfois un avantage. J'ai jamais trouvé que c'était un inconvénient. Soit elles sont très neutres, l'une envers l'autre soit elles deviennent copines. »

SF7 : « J'ai souvenir d'une fois où ça avait été le bronx et c'est une femme qui était beaucoup plus âgée [...] qui essayait de consoler, la petite jeune à côté, qui avait 16 ans [...] normalement c'est pas censé se passer comme ça. [...] Elle avait mal, on était occupée. On a essayé de revenir, de mettre des médocs mais tu vois elle était pas accompagnée donc c'était cette autre femme qui lui tenait la main. »

3.3 [Les difficultés générées par le manque de moyens humains et le manque de temps](#)

Pour finir, nous allons traiter du manque de moyens humains et donc de temps pour l'accompagnement des femmes hospitalisées pour IVG médicamenteuses.

3.3.1 [L'accompagnement de la douleur](#)

Les professionnels interrogés ont mis en évidence plusieurs paramètres influençant la tolérance de ces patientes à la douleur. Les explications données à propos de cette douleur et le temps passé avec les patientes en font partie.

Les explications sur la douleur :

En effet, les explications sur la douleur données par les sages-femmes sont complètes et les soignants ont conscience que la patiente accepte mieux ce qu'elle vit si elle y est préparée.

SF3 : « On sait qu'il y a ce pic de douleur à l'expulsion et qu'après ça va redescendre mais des fois c'est pas assez expliqué. Parce que quand tu leur expliques bien qu'il va se passer ça, ben ça va mieux. [...] Je trouve important de leur dire, c'est qu'elles vont encore avoir mal après, sinon elles s'y attendent pas et c'est terrible pour elles. »

SF8 : « Je leur explique le profil de douleur attendu. C'est-à-dire, je leur dis comme des douleurs de règles. [...] Pas non plus leur dire qu'elles vont se tordre de douleur, pas du tout. Et généralement, je leur dis que quand elles commencent à saigner, la douleur peut diminuer. »

L'importance d'une présence pour rassurer les patientes :

- Le bénéfice de la présence d'un accompagnant

Les professionnels ont également remarqué que la présence d'un accompagnant joue sur la tolérance à la douleur de la patiente, ce qui prouve qu'une femme accompagnée vit probablement mieux ce moment qu'une femme laissée seule dans une chambre.

SF6 : « Celles qui sont accompagnées, sonnent nettement moins que celles qui sont toutes seules, qui sont dans en panique. »

SF9 : « [...] elle avait très mal quoi. Alors, bien sûr comme par hasard, elle était toute seule. [...] Je me suis même demandé si y avait pas un rapport, un rapport, elle vivait son truc toute seule et du coup ben elle a mal quoi. »

- Le bénéfice de la présence d'un professionnel

Les sages-femmes pensent que les patientes pourraient discuter et être rassurée sur ce qu'elles ressentent si les soignants pouvaient prendre le temps de rester avec elles.

SF6 : « Les fois où j'avais plus de temps, on a réussi à discuter de pas mal de choses. » « Je pense que si y a l'espace pour ça, elles s'y engouffrent facilement et bien volontairement. »

SF7 : « Y a des gens c'est juste le fait d'être à côté d'eux, ça va les rassurer et quand t'as pas le temps, c'est pénible. »

- La gestion de la douleur : une difficulté due au manque de temps

Les professionnels évoquent la gestion de la douleur des femmes comme une difficulté, à cause du manque de temps dont elles disposent pour s'en occuper. Les soignants sont unanimes quant à l'impossibilité de consacrer le temps nécessaire à ces patientes :

SF2 : « On essaie de s'occuper d'elles au milieu de tout le reste » « Elles sont noyées dans la charge de travail »

SF7 : « Qu'on pourrait mieux faire. [...] Y en a, quand tu les vois pleurer ou autre chose, ben t'aimerais pouvoir rester plus avec elles tu vois »

SF8 : « C'est rare que j'ai le temps de rester très longtemps dans la pièce quoi. » « Je peux pas lui accorder une importance énorme. »

Une des causes de ce manque de temps est l'existence d'une répartition inégale des patientes sur la semaine. Cela entraîne une accumulation de plusieurs femmes par jour qui multiplie la quantité de travail pour la sage-femme et divise le temps qu'elle peut consacrer à chaque patiente.

SF3 : « en avoir moins en même temps » « elles veulent être hospitalisée le week-end parce que ça leur fait pas rater une journée de boulot » « des fois on se retrouve avec quatre personnes sur la même journée »

Tout cela a pour conséquence un soulagement pour le soignant lorsque le patient réclame peu d'attention :

SF7 : « Tu fais youpi quand tu vois que tu as pas de Rhophylac à faire, tu dis youpi quand tu vois que t'as pas d'implant à poser enfin c'est moche. »

SF8 : « Mais c'est une petite place et j'avoue que quand ça se passe le plus facilement possible, voilà, naturellement sans complication, ça m'arrange... »

Pour pallier ce manque de temps, les sages-femmes ont émis plusieurs propositions :

Une répartition équitable des patientes sur la semaine :

Par exemple, une répartition plus équitable des patientes sur la semaine est proposée par

SF3 :

« en tant que programmatrice, j'essaie de les pousser à choisir un jour de semaine, pour qu'il y en ait moins le même jour, quitte à leur faire un arrêt de travail. »

Une sage-femme dédiée aux patientes hospitalisée pour IVG :

SF1, 7 et 8 évoque la présence d'une sage-femme dédiée à cette activité pour soulager les professionnels de la charge de travail trop importante et pour pouvoir libérer du temps pour accompagner ces femmes.

SF1 : « Ce que j'aurais aimé, c'est qu'il y ait une sage-femme dédiée à faire ça, dans un service dédié à ça et que ça soit pas pendant mon service de suites de couches avec mes autres patientes. » « une sage-femme qui ferait du 9h-16h pour justement prendre en charge les IVG et nous décharger des monito »

SF7 : « Mais en fait, avec toutes les patientes, que ce soit en suites de couches, à SOTHIS, en fait il faudrait avoir plus de temps. Tu vois c'est là que je me dis, est-ce qu'il faudrait pas une personne dédiée à celles qui ont des IVG, des ferinjects. »

Une prise en charge pluridisciplinaire :

Enfin, lorsque les sages-femmes travaillent dans un service en collaboration avec des infirmiers ou des aides-soignants, elles peuvent également demander leur aide.

SF3 : « En priorité c'est nous mais si on a trop de travail, l'infirmière si elle est plus disponible, elle va la prendre en charge »

SF10 : « J'ai trouvé que j'avais pu faire une bonne prise en charge et euh je me suis fait aider par les aides-soignantes ce jour-là. »

Avec plus de temps, d'autres méthodes alternatives, auxquelles sont formées certaines sages-femmes, pourraient être proposées pour améliorer le vécu de ces patientes, comme le propose SF7 :

« On pourrait faire de l'hypnose, on pourrait faire... Enfin tu vois des trucs qu'on fait pas forcément tu vois avec ces patientes-là. »

3.3.2 L'accompagnement psychologique

Ces femmes devraient pouvoir être accompagnées sur le plan psychologique lors de toutes les étapes de leur parcours : lors des consultations pré-IVG, lors de l'hospitalisation et après l'IVG.

L'accompagnement psychologique pendant les consultations pré-IVG :

Il semblerait d'après nos entretiens, que la rencontre avec un psychologue ou un conseiller conjugal lors du circuit pré-IVG n'est pas systématiquement proposée. Cela est dû au manque de disponibilité de ce type de professionnels ou à la difficulté de mettre la patiente en relation avec lui.

SF5 : « Je tends juste la perche en mode « trouvez un psy » mais euh, mais c'est pas franchement facile comme circuit je trouve. »

SF6 : « On a une conseillère plus qu'une fois par semaine au lieu de trois fois. Ça c'est embêtant. Et du coup, pas de psychologue vraiment disponible dans ces cas-là. »

Les sages-femmes travaillant uniquement en service n'en sont pas forcément informées, alors qu'elles s'appuient sur le fait que la patiente ait déjà pu discuter de leur parcours avec un professionnel qualifié.

SF2 : « y a la conseillère familiale si y a besoin puis après il peut y avoir un lien avec un psychologue s'il y a besoin. » « Les dames qui ont vraiment de grosses difficultés à prendre leur décision, elles voient déjà le psychologue en bas. C'est souvent débriefé avant, quand elles arrivent, elles savent. »

L'accompagnement psychologique pendant l'hospitalisation :

Lors de l'hospitalisation, nous notons que les soignants ne sont pas satisfaits de l'accompagnement psychologique qu'ils proposent. Ils définissent cet accompagnement comme le fait de pouvoir se rendre disponible et à l'écoute pour la patiente.

SF1 : « Elles seront prise en charge, forcément, puisqu'on va leur faire l'acte. Mais en soi d'un point de vue accompagnement, c'est... pas terrible hein. (Croise les doigts, regarde ses mains). »

SF2 : « Pour le coup c'était un vrai accompagnement parce que... prendre le cachet, ça a été dur. [...] Elle s'est mise à pleurer donc on a un petit peu reparlé. » « Le but c'est qu'elles aient pris leur décision mais que ce soit des femmes que tu accompagnes quand même comme il faut quand c'est difficile. »

- Des soignants incertains de paraître disponibles pour leurs patientes

Même s'ils essaient de se rendre le plus disponible possible, ils pensent que les femmes ne le ressentent pas toujours ainsi et qu'elles ne se sentent pas accompagnées de manière optimale.

SF2 : « Je sais pas si elles ont l'impression d'avoir une place suffisante [...]. J'ai jamais une femme qui m'a dit [...] "je suis abandonnée dans un coin" mais je pense qu'y en a qui le ressentent un peu. »

SF8 : « Je sais pas si elles sentent que je suis disponible ou pas. » « Peut être qu'elles se disent « J'ai pas l'impression que cette femme est disponible » donc elles n'osent pas me le dire. »

- Des soignants ressentant un manque de formation en psychologie

Les sages-femmes interrogées nous confient être parfois désœuvrées face à certaines situations lors de l'hospitalisation et ne pas avoir le bagage nécessaire à l'accompagnement des patientes. La formation en psychologie est jugée trop générale, pas assez pratique donc difficile à appliquer sur le terrain.

SF1 : « des cours de psycho hein, basiques, où on voit des choses qui sont pas très utiles. » « On a pas les armes nécessaires pour pouvoir les aider dans ce côté psychologique. »

SF4 : « J'ai pas eu de formation d'aide psychologique pour ces femmes. »

- La présence d'un professionnel qualifié en psychologie divise les soignants

Pourtant, la présence d'un psychologue ou d'un conseiller conjugal durant la journée d'hospitalisation divise les sages-femmes. Plusieurs d'entre elles apprécieraient leur présence mais nous font part de la difficulté d'accès à ce type de professionnels.

SF1 : « L'hôpital, tu n'as pas de psy attitré. Y en a une mais euh, mais tu vois je ne sais même pas si elle fait des suivis de patientes. Je crois qu'elles les voient qu'hospitalisées. »

SF5 : « Elles sont rarement vues par la conseillère ou la psychologue. Donc, on leur dit, on leur dit qu'il y a une psychologue ou des conseillers conjugaux mais en vrai honnêtement, je sais même pas où est-ce qu'il faut qu'elles s'orientent pour parler avec eux fin (baisse la tête). »

SF6, quant-à-elle, ne pense pas que la présence d'un professionnel formé en psychologie soit nécessaire :

« Oh dans le service, je pense pas (avoir besoin de la présence d'un psychologue). Ça serait vraiment lors de la première consultation en orthogénie. »

Les sages-femmes travaillant en collaboration avec ces autres professionnels nous font part de la richesse de cette pratique et de l'aide que cela leur apporte.

SF6 : « En sortant de chaque consultation d'orthogénie, j'en discute avec la conseillère. On fait le point. Elle l'a vu, on échange un tout petit peu. Parce qu'elle a une autre vision. Des fois la patiente lui livre d'autres choses, qu'elle n'a pas eu le temps de poser chez nous, avec un côté plus médical... Ni chez le médecin. On fait un partage. »

SF8 : « J'ai aussi la cartouche hein tu sais « Vous savez, on a une psychologue. », tu passes le petit papier. Je leur disais que c'est pas obligatoire mais c'est vivement conseillé. En plus, on en a enfin une spécialement détachée pour la maternité donc euh, qu'elles en profitent quoi. Et du coup voilà, je déplace un peu le problème psychologique vers la collègue quoi. »

L'accompagnement psychologique après l'IVG :

Les professionnels nous expliquent qu'elles trouvent important que les patientes puissent discuter à tout moment de cet événement, en particulier après l'hospitalisation, mais qu'il est difficile de trouver un professionnel accessible à toutes vers qui les orienter.

SF1 : « Enfin je lui ai conseillé d'aller voir quelqu'un en libéral [...] faut qu'elle paie »

SF7 : « Que l'accès soit plus facile parce que c'est vrai qu'une fois que c'est passé, faut aller en ville pour une psychologue, c'est payant enfin tu vois il y a tout ça quoi. Donc voilà, moi tu vois c'est plus pour les encadrer tu vois. » « Que tu vois si tu as un sentiment d'abandon et que t'es pas bien, enfin tu vois elles peuvent avoir après besoin peut-être d'en parler. »

4 Discussion

A la suite des entretiens et de leur analyse, nous allons effectuer plusieurs propositions autour de l'accompagnement psychologique des femmes hospitalisées pour IVG médicamenteuse, afin d'améliorer celui-ci.

4.1 Un service et du personnel dédiés

L'un des premiers axes d'amélioration que nous allons proposer est la création d'un service dédié avec du personnel dédié.

4.1.1 Des professionnels formés spécifiquement à la prise en charge des IVG médicamenteuses

Avoir du personnel formé spécifiquement à l'IVG a pour objectif un accompagnement psychologique adapté par des soignants en capacité de comprendre les réactions et le ressenti des patientes. Les patientes ne se sentant jugées et se sentant soutenues auront un meilleur vécu de cet événement possiblement traumatique et pourront peut-être le transformer en un élément constructif à intégrer à leur parcours de vie.

Plusieurs arguments retrouvés dans la partie précédente alimentent notre idée de compléter la formation des professionnels qui prennent en charge ces femmes.

Une discipline qui fait débat et l'influence de l'avis personnel du soignant sur la pratique :

L'orthogénie est une discipline qui fait débat au sein de la communauté, quel que soit son statut légal au sein du pays et depuis combien de temps il est établi (8)(12).

« Le recours à l'avortement apparaît toujours comme une pratique soulevant de nombreuses questions d'ordre éthique, philosophique et scientifique et la légitimité d'y recourir semble encore problématique. » (13)

L'historique d'obtention du droit à l'interruption volontaire de grossesse en France conforte cette idée (14). Les différentes idées argumentant le débat sont les suivantes :

- L'avortement à risque représente un problème de santé publique du fait de sa part importante dans la morbi-mortalité maternelle ;
- La défense des droits de la femme et des droits humains avec l'accès à une maternité décidée ;
- La défense du droit à la vie du fœtus par les mouvements « pro-life » : un droit n'étant pas reconnu juridiquement (12).

Le professionnel de santé est un être humain à part entière, avec ses propres convictions et réticences. Ils ont donc chacun leur vision de la discipline et leur définition de l'éthique et de la morale.

Ces inégalités de point de vue peuvent amener à plusieurs réflexions. Elles peuvent, par exemple, générer au sein d'une équipe des différences quant à la façon de s'occuper de ces femmes.

- La clause de conscience

Certains praticiens ne sont pas en accord avec la pratique des IVG médicamenteuses. La loi de la clause de conscience permet aux différents professionnels de santé de ne pas aller à l'encontre de leurs principes. Dans la littérature, il est expliqué que cette clause peut être motivée par la morale, la religion ou la philosophie. Elle s'avère nécessaire pour ceux qui considèrent que l'IVG ne correspond pas à leurs valeurs professionnelles, basées sur le respect de la vie (12). Cependant, elle a des conséquences. En effet, le droit à la clause de conscience annihile théoriquement celui des femmes à l'accès équitable à l'IVG (15). Accepter que les professionnels de santé aient la possibilité de refuser de pratiquer ce geste revient à contredire le droit de la femme à interrompre sa grossesse, en créant des difficultés d'accès. Ces dernières sont déjà présentes, par la problématique des déserts médicaux. Nous pouvons prendre l'exemple de l'Italie. Selon les régions, 70 à 90% des professionnels disponibles exercent l'objection de conscience. Les patientes se voient dans l'obligation de migrer vers d'autres régions ou vers les pays limitrophes pour accéder à leur droit. Cela cause de grandes inégalités selon l'âge et les revenus de la femme (12)(16).

La suppression de la clause de conscience faisait partie intégrante du texte initial de loi du 2 mars 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement. Cependant, les députés ont retiré cette proposition lors de la deuxième lecture du texte (17).

Au-delà de l'absence de praticien acceptant de s'en occuper, nous pouvons évoquer le fait qu'un refus de la part du soignant peut être considéré par la patiente comme un jugement et l'amener à remettre en question sa propre décision.

Avoir du personnel formé spécifiquement à l'IVG permettrait d'avoir des professionnels entièrement volontaires de pratiquer l'orthogénie et éviterait aux soignants objecteurs de conscience et aux patientes de se retrouver dans des situations délicates pouvant laisser penser à de la dissuasion ou de la remise à question du choix de la femme.

- Les différences de perception selon le parcours professionnel

Il existe également des différences de perception de l'orthogénie entre professionnels selon leur parcours professionnel. Ceux qui pratiquent à la fois les consultations pré-IVG et l'hospitalisation possèdent une meilleure connaissance du parcours complet de la patiente, ce qui leur confère une plus grande aisance quant aux explications, à la réponse à leurs questions et à leur prise en charge globale.

De telles différences entre les professionnels nous font penser qu'il serait profitable aux patientes qu'ils soient formés de manière complète à la prise en charge et à l'accompagnement psychologique de ces patientes et pas seulement à la prise en charge médicale lors de l'hospitalisation. Cela permettrait une certaine harmonie et égalité au sein de l'équipe quant à l'accompagnement de ces femmes.

Passer quelques demi-journées dans un centre d'orthogénie pourrait être bénéfique pour les sages-femmes pratiquant uniquement dans les services d'hospitalisation et améliorer la compréhension du circuit effectué par les femmes.

Des situations mettant en difficultés les soignants :

Lors de notre étude, nous avons recueilli plusieurs situations mettant en difficulté les sages-femmes quant aux patientes qu'elles ont accompagnées pour une IVG médicamenteuse.

- Des mécanismes de défense déroutants

Un état de grossesse peut enclencher chez une femme différentes sortes de mécanismes de défense qui peuvent aller du rire à la banalisation (14). Plus l'inconscient de la patiente est mobilisé par cette grossesse et plus ils seront importants. Ces derniers peuvent dérouter certains professionnels qui n'en ont pas connaissance et les mener à penser que la patiente demande une simple prestation de service. Il est important de respecter ces mécanismes de défenses tout en invitant la patiente à se confier. Par exemple, rebondir sur ce qu'elle dit lors de la consultation montre l'intérêt qui lui est porté et peut initier la discussion sans la brusquer. Un questionnement trop brut aurait pour effet d'accentuer le mécanisme de défense (14)(18). Il nous a semblé que les soignants interrogés avaient notion de l'importance de la discussion avec la patiente. Cependant, certaines de leurs réactions nous font penser qu'ils ne comprennent pas toujours les mécanismes de défense utilisés par les patientes et les associent à une banalisation de la situation par la femme, induisant un accompagnement moindre voire un agacement du professionnel.

Une étude de ces mécanismes de défense et une formation à la communication permettent de ne pas être désarçonné par le comportement des patientes et de les accompagner vers la compréhension de leur propre situation, afin de prévenir la répétition.

- Des IVG à répétition agaçant l'incompréhension du personnel

Les IVG à répétition sont l'une des situations qui engagent également des difficultés pour les soignants. Différents contextes peuvent mener une patiente à un tel schéma.

Les représentations et la culture de la patiente peuvent effectivement être la cause de répétitions : une femme n'étant pas en accord avec les exigences des codes socio-culturels qui lui sont imposés mais qui ne souhaite pas non plus aller à leur rencontre (19).

Il peut exister un lien entre la répétition et un contexte de violence. Il peut s'agir de violences conjugales comme de violences dans l'enfance. Ces événements auraient des conséquences sur la manière dont la femme se construit, entraînant une difficulté à utiliser une contraception régulière ou à avoir un suivi gynécologique régulier. (20)(21).

La différence entre un désir de grossesse et un désir d'enfant peut être une des explications. Ce cas est souvent retrouvé chez les adolescentes. Le désir de grossesse peut alors signifier une vérification de la fertilité ou un passage à l'acte pour interpeller l'adulte. Chez la femme adulte, il est possible que ce soit l'expression d'un désir de grossesse incompatible avec l'arrivée d'un enfant, que ce soit pour une raison économique ou par refus du conjoint par exemple (14)(18). La femme peut également être apeurée de vivre une nouvelle grossesse difficile (19).

Une méconnaissance des facteurs pouvant conduire à des IVG multiples favorise l'incompréhension, l'agacement ou la sensation que la patiente utilise l'IVG comme contraception. Il en découle alors une possible stigmatisation de ces femmes ou l'expression d'une moindre empathie envers elles. Cette situation peut également éveiller un sentiment de culpabilité ou d'échec chez le soignant. La médecine est la plupart du temps associée au fait de guérir donc à la vie mais aussi à la maîtrise. La gynécologie représenterait alors la maîtrise du corps féminin et de la fécondité. Pour l'IVG, c'est la patiente qui possède toutes les cartes en main : celle du diagnostic et celle de la décision donc du pronostic. Le contrôle échappe au professionnel, ce qui peut être déstabilisant s'il n'y est pas préparé (14)(19).

Il est important d'inviter la patiente à se confier sur sa situation pour tenter de l'aider à comprendre pourquoi cette expérience se réitère car la répétition est souvent un symptôme, qui illustre un autre problème (14).

Il paraît approprié de promouvoir une sensibilisation au sujet des IVG multiples et aux différentes causes pouvant amener à cette situation, pour favoriser le dialogue avec la patiente.

- Des arguments minimisant à tort la souffrance des femmes

Les soignants opposent ainsi deux groupes de femmes : celles pour qui l'IVG est difficile à vivre et celles pour qui cela est plus simple. Des éléments sont analysés par les praticiens comme des arguments facilitant le vécu des patientes. Être professionnel de santé en fait partie. Cela peut signifier pour la personne qui la prend en charge qu'elle possède déjà une certaine connaissance du déroulement de l'IVG et de son corps, rendant l'expérience moins difficile.

Le raisonnement est le même pour une personne ayant déjà vécu cette expérience. Une connaissance du déroulement amène à penser à une banalisation de l'évènement. Les femmes sûres de leur décision peuvent être considérées comme des femmes qui ne souffrent pas. Mais est-ce l'ambivalence ou le nombre d'IVG vécues qui déterminent la difficulté ressentie par la patiente ? La souffrance ne se verbalise pas toujours, elle n'en est pas moins présente. Les croyances erronées des soignant peuvent les conduire à une banalisation de leur part de la situation que traverse la patiente. Elles altèrent la qualité de l'accompagnement, jugé alors moins essentiel que pour une autre femme, dont le parcours paraît plus éprouvant.

- Des spécificités dans l'accompagnement des femmes mineures

Une autre situation désignée comme complexe par les professionnels est la prise en charge d'une patiente mineure. En effet, cette dernière n'est pas dans l'obligation de tenir ses parents informés de la situation, auquel cas le secret médical doit être conservé à leur égard (10). Les difficultés se situent en partie au niveau du rapport avec les parents de la patiente. Il peut s'agir de la gestion du secret médical lors d'une prise en charge chirurgicale, suite à une complication de l'IVG. Les erreurs sont alors humaines ou administratives : un appel aux parents pour expliquer l'hospitalisation prolongée ou une facture envoyée au domicile. Il serait pertinent de réévaluer le lien avec l'administration de l'hôpital et de trouver un moyen de signaler le secret vis-à-vis des parents pour éviter l'envoi de documents révélateurs de la situation.

Il peut s'agir au contraire du positionnement du professionnel par rapport aux parents lorsqu'ils sont présents et de la recherche du consentement réel de l'adolescente. En effet, la question de la pression de l'entourage lors de la décision d'IVG est d'autant plus présente lorsque la patiente est mineure. Les violences et le consentement sexuel doivent également être recherchés activement car il s'agit d'un public particulièrement à risque.

Une autre difficulté réside dans le suivi et le relationnel avec les adolescentes car la rupture du lien est facile s'il est trouvé intrusif. Le dialogue peut également être complètement refusé par peur de l'abandon (19).

Une sensibilisation à la prise en charge des patientes mineures, avec toutes ces spécificités, et à des techniques de dialogue simples comme poser des questions sur son avenir, sa famille ou ses amis peuvent permettre de créer un lien de confiance. Ils offrent alors à l'adolescente un espace de parole libre et sécurisant où elle peut se confier si elle en ressent le besoin. Ainsi, l'intégration de cet événement dans son parcours de vie, le dépistage de potentielles violences et la recherche de son consentement réel sont favorisés.

- Des contextes de violence insuffisamment repérés

La thématique des violences faites aux femmes pose aussi question. La majeure partie du personnel est aujourd'hui sensibilisée à ce sujet mais des progrès restent à faire concernant le dépistage et la prise en charge et la connaissance des réseaux locaux pouvant les aider, comme les groupes de parole ou les associations (22).

Une étude a prouvé l'efficacité du dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un hôpital. Nous avons donc une raison de croire que cela pourrait être efficace (23).

Il nous paraît approprié de conseiller la poursuite de la formation des professionnels au sujet des violences faites aux femmes. Ajouter une question sur les violences dans l'interrogatoire systématique des patientes peut être un début pour un dépistage plus large. La traçabilité de cet élément dans le dossier de la patiente nous paraît essentiel pour la continuité de prise en charge de la patiente et pour pouvoir lui venir en aide lorsqu'elle le souhaitera.

Pour contrer les difficultés évoquées par les sages-femmes et améliorer la compréhension de ces patientes et améliorer leur accompagnement, il semble donc intéressant de promouvoir la formation des professionnels au sujet des différents mécanismes de défense et psychiques et au sujet de la communication. De manière plus spécifique, la thématique de la prise en charge des mineures devraient également être abordée avec toutes les spécificités de ce public : les mécanismes de défense et le lien à l'adolescence, les violences et le consentement sexuel. Une formation sur les violences faites aux femmes améliorerait également le dépistage et l'accompagnement de ces femmes.

Les non-dits autour du moment de l'expulsion :

Lors d'un échange en visioconférence avec Dr Françoise Warynski (médecin gynécologue), Françoise Scoch (sage-femme) et Elisabeth Guceve (psychologue clinicienne) au début de l'élaboration de ce travail de recherche, nous avons abordé un non-dit qui règne autour du moment de l'expulsion (24). Ce non-dit est un frein à l'accompagnement des patientes en orthogénie. Nous avons remarqué que chez les sages-femmes interrogées, cette thématique était peu abordée avec les patientes, comme si nous souhaitions le dissimuler et ainsi minimiser son importance. Ce sujet est délicat pour deux raisons. Les professionnels doivent adapter leur langage syntaxique à la personne pour que la communication soit efficace tout en prenant gare à ne pas la heurter ou l'inquiéter. En effet, les patientes possèdent toutes des niveaux de sensibilité différents et le temps pour faire connaissance est réduit à la seule journée d'hospitalisation. De plus, l'expulsion semble être un moment redouté autant par l'équipe soignante que par la patiente.

“Le devenir du fœtus après l'IVG est également important pour la plupart des femmes. Certaines femmes en cas d'IVG médicamenteuse peuvent souhaiter voir leur fœtus alors que pour d'autres cette vision pourrait être vécue comme un véritable traumatisme. Il faut donc savoir explorer avec tact, au moment de l'hospitalisation, ce que souhaite la femme de ce point de vue, voir ou ne pas voir.” (14).

En souhaitant protéger la patiente d'un éventuel traumatisme visuel, ne la prive-t-on pas d'une étape nécessaire à l'acceptation et au deuil? Il serait bénéfique de lui laisser le choix.

Lors notre échange, nous avons mis en avant l'importance de traiter de ce sujet avec les patientes et de l'existence de ritualisation de l'expulsion, pouvant favoriser le deuil (24). Expulser sur les toilettes ou jeter à la poubelle ou dans les sanitaires le fœtus peut être violent pour certaines patientes. Un rituel à l'expulsion serait bénéfique pour ces femmes-là, si elles souhaitent le faire (19)(25).

Une sensibilisation des professionnels au sujet de l'expulsion et des rituels pouvant être mis en place serait nécessaire, pour une meilleure personnalisation de l'accompagnement des patientes.

4.1.2 Des sages-femmes disponibles

Une femme hospitalisée pour IVG médicamenteuse nécessite d'être soutenue et accompagnée, pour les différentes raisons évoquées ci-dessus.

« La notion d'accompagnement est une notion floue. [...] Elle doit cette caractéristique au fait qu'en s'ajustant à chaque situation, par définition singulière, elle s'invente avec chaque personne qu'il convient d'accompagner ». Néanmoins, elle correspond à trois principes fondamentaux : « se joindre à quelqu'un/pour aller où il va/en même temps que lui. ». Le premier est la dimension relationnelle, représentée par « se joindre à quelqu'un ». Il se traduit par le fait d'être disponible, présent, ouvert et attentif (26).

Le deuxième fondement est représenté par « pour aller où il va ». Cela sous-entend qu'il ne faut pas atteindre un résultat mais aller « vers » (26). Le professionnel ne peut pas solutionner la situation de la femme ou effacer sa peine. Il doit tendre à l'atténuer et à permettre à la patiente d'intégrer cette épreuve à leur parcours de vie pour qu'elle soit constructive et non traumatique (18).

Le troisième est le fait d'aller au rythme d'autrui. Il s'agit du « en même temps que lui » (26). Le soignant doit composer à partir de ce que la patiente souhaite lui confier. Il n'est pas nécessaire de « creuser » comme a pu nous le dire SF1 mais plutôt de savoir écouter et rebondir pour créer un espace de parole.

La nécessité d'un professionnel disponible pour la patiente :

Plusieurs arguments tendent vers la nécessité de la disponibilité d'un professionnel pour la patiente hospitalisée pour IVG médicamenteuse.

- Un soignant disponible pour améliorer le vécu de l'hospitalisation

La qualité de cet accompagnement par l'équipe soignante semble jouer un rôle important dans le vécu de cette journée d'hospitalisation (27). Par ailleurs, l'HAS écrit dans ses recommandations pour la bonne pratique : « La prise de misoprostol en établissement de santé et/ou en centre de santé doit être proposée à la femme et présentée comme un

accompagnement. » (5). Les études recueillant les témoignages des patientes montrent qu'elles auraient préféré une présence plus importante de la part du soignant. Elles apprécieraient un meilleur soutien, pas obligatoirement pour parler de leur décision mais plutôt de ce qu'elles ressentent (7). Malheureusement, les entretiens effectués semblent montrer un manque de temps important à consacrer à ces patientes de la part du personnel. Cela est dû au caractère multitâche des services et à leur charge de travail trop importante ainsi qu'à la répartition inégale des patientes hospitalisées pour IVG sur la semaine. Les impératifs professionnels des patientes les poussent à demander à être hospitalisées le week-end, surchargeant ces jours-là.

Dégager du temps pour s'occuper de manière adaptée de ces patientes semble essentiel. Proposer un arrêt de travail aux patientes hospitalisées pour IVG médicamenteuse permettrait une meilleure répartition des femmes dans la semaine. Cela éviterait une accumulation de patientes le même jour et permettrait d'avoir davantage de temps pour les accompagner.

- Des explications complètes et proches du vécu réel de la patiente pour améliorer sa tolérance

La prise en charge de la douleur correspond bien-sûr à la prise d'antidouleurs, d'antispasmodiques et d'anti-inflammatoires dont le protocole est propre à chaque service (28). Nous savons que la satisfaction et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse peuvent diminuer s'il existe une différence importante entre les attentes de la patiente par rapport à la douleur et aux saignements et l'expérience réelle de ces symptômes (19)(25). Les professionnels interrogés donnent des informations satisfaisantes sur la douleur et proches de la réalité.

Il semble conseiller de poursuivre l'apport d'informations complètes et fidèles à la réalité pour améliorer la tolérance à la douleur des patientes, du fait qu'elles y soient bien préparées.

- Des patientes et des accompagnants remplaçant l'équipe soignante en tant que soutien auprès des femmes

Les situations rapportées par les sages-femmes interrogées sur le soutien entre patientes lors de l'hospitalisation en chambres doubles ou sur la différence quant à la tolérance de la douleur entre les femmes accompagnées ou non nous a beaucoup questionné. Une autre femme, dans la même situation, peut aider la patiente mais elle ne devrait pas avoir à se substituer à la prise en charge professionnelle. Dû au manque de temps des sages-femmes, il existe donc une inégalité face à la douleur entre les femmes se présentant seules et celles se présentant accompagnées le jour de l'hospitalisation. Ces situations rejoignent la question de la place de la patiente dans le service, que nous aborderons plus loin.

Il est important de trouver le temps nécessaire à l'accompagnement de ces femmes pour améliorer leur tolérance à la douleur et donc leur vécu ainsi que pour réduire les inégalités entre les patientes.

Des propositions pour un meilleur accompagnement :

D'autres méthodes alternatives, auxquelles sont formées certaines sages-femmes, pourraient être proposées pour améliorer le vécu de ces patientes, pour les soulager et leur apporter de l'attention et du soutien : l'hypnose, l'acupuncture ou la sophrologie. Malheureusement, le manque de temps et la place accordée à la patiente au sein du service ne permet pas la mise en place de telles prises en charge.

Une sage-femme supplémentaire, spécifique au service, pourrait prendre en charge plusieurs activités dont celle-ci. Cela allègerait la charge de travail et dégagerait du temps s'occuper de manière plus optimale les patientes. Cependant, le manque de personnel dans les différents établissements de soins est un frein notable à cette proposition.

4.1.3 Un lieu et une place adaptés accordés à la patiente

Un meilleur vécu de l'hospitalisation pour la patiente passe par un accueil dans un endroit adapté à leur situation et à une place identique à celle des autres patientes hospitalisées.

La nécessité d'un service adapté :

L'accueil des patientes hospitalisées dans les services décrits par les professionnels interrogés ne paraît pas optimal, que ce soit pour les professionnels ou pour les patientes.

- Accueillir ces patientes dans leur service : des conditions non optimales pour les professionnels

Les deux services étudiés lors des entretiens sont des services décrits comme très polyvalent. La variabilité des motifs d'hospitalisation des différentes patientes hospitalisées dans le service est déstabilisant pour la sage-femme et lui demande une grande adaptabilité.

De plus, la quantité de travail est importante. Les patientes hospitalisées pour IVG médicamenteuse sont donc vues comme une charge de travail supplémentaire et réduisent le temps que le soignant peut passer avec elles ainsi qu'avec les autres femmes du service.

Les caractéristiques d'une hospitalisation en ambulatoire ne correspondent pas avec la dynamique d'un service d'hébergement de courte à moyenne durée. Les patientes arrivent au milieu du tour des autres patientes hospitalisées dans le service, créant des interruptions de tâche fréquentes. Cela gêne les professionnels et perturbe l'organisation de leur service.

- Un service inadapté mettant en difficulté les femmes hospitalisées pour IVG médicamenteuse

Pour la patiente, la localisation dans ces services peut se révéler être une véritable difficulté. Elle va être amenée à rencontrer des femmes enceintes ou des nouveau-nés. Il peut également s'agir du service où la patiente a déjà été hospitalisée pour ces précédentes grossesses ou accouchements. Leur sentiment de culpabilité peut s'en trouver exacerbé,

remettant en cause leur choix. Il paraît inadapté aux sages-femmes recevant ces patientes de les confronter à cela.

Le fonctionnement du centre d'orthogénie semble satisfaire les professionnels qui y ont recours. Nous pouvons donc conseiller de favoriser une organisation semblable à celle-ci, quand cela est possible. L'idéal serait que ce service puisse accueillir les consultations pré et post-IVG ainsi que l'hospitalisation elle-même. Cependant, la création d'un tel service requiert d'importants moyens financiers, matériels et humains.

D'autres alternatives plus abordables peuvent déjà avoir une incidence positive sur le vécu des patientes. Par exemple, les sages-femmes nous ont fait part d'un nouveau circuit faisant entrer les femmes hospitalisées par l'arrière du service dans le premier centre. Cela semble être une solution envisageable à mettre en place, sans engendrer un remaniement important.

Une autre alternative que nous pouvons proposer au premier centre serait d'instaurer des créneaux aux sages-femmes de consultations pour recevoir les patientes pour les explications et la prise du premier comprimé. La sage-femme de suites de couche pourrait également recevoir la patiente dans un bureau à proximité mais en dehors du service. Ainsi, cela limiterait le passage de ces femmes en maternité.

La nécessité d'une place identique à celle des autres patientes hospitalisées :

- Un simple hébergement

Les sages-femmes interrogées ne sont pas satisfaites de la place accordée à ces patientes. Elles voient leur accueil comme un simple hébergement et non comme une hospitalisation. Cela est agrémenté par différents points : l'absence de proposition de repas pour ces femmes, leur installation sur des brancards ou des fauteuils et les consignes pour éviter de salir au maximum la chambre.

Cette vision de leur hospitalisation occulte complètement la question de l'accompagnement de ces femmes. Leur présence se résume à la vérification de l'absence de complications, ce qui ne correspond aucunement avec les recommandations de l'HAS citées ci-dessus, qui recommande l'hospitalisation dans le seul but de proposer un accompagnement à ces femmes.

- L'inconfort et l'hygiène

Nous pouvons suggérer que l'inconfort se surajoute à la pénibilité du moment vécu par les patientes. Cet inconfort est provoqué par une accumulation d'éléments : l'installation sur des brancards ou des fauteuils et si la patiente est hospitalisée en chambre double, la perte de son intimité et le non-respect du secret médical.

Parfois, les sanitaires sont communs aux deux patientes. L'IVG est sujet à l'évacuation de différents produits biologiques : métrorragies, urines, selles ou vomissement. Il est donc légitime de se questionner sur le ressenti des patientes par rapport au fait de partager les toilettes à ce moment-là. Ce qui nous interpelle également, c'est la contradiction entre les conseils délivrés et la réalité. Les sages-femmes recommandent aux femmes d'aller aux toilettes dès qu'elles sentent du sang s'écouler ou dès qu'elles sont douloureuses : comment faire si l'autre patiente occupe déjà la place ? De plus, le temps passé dans les toilettes par la patiente peut être très variable en fonction des douleurs, des saignements et des effets secondaires des comprimés. L'attente peut donc être longue et la patiente peut se retrouver dans une position très inconfortable pour elle, s'ajoutant à la pénibilité de ce qu'elle vit.

Ici, le service d'orthogénie dédié semble également la solution idéale.

Cependant, nous avons d'autres propositions à faire au deuxième centre quant à l'hospitalisation en chambre double. La chambre avec sanitaires attitrés à la patiente est absolument à privilégier. Elle limite les problèmes d'inconfort et d'hygiène, même si elle ne solutionne pas ceux du manque d'intimité et de secret professionnel.

Voir les patientes dans le bureau individuellement avant l'installation en chambre peut atténuer le problème du secret professionnel car l'identité de la femme est vérifiée à ce

moment-là et non devant l'autre patiente. Cela permet également d'offrir un espace de parole libre. Il n'en reste pas moins que pendant la matinée, la patiente se sentira moins libre de s'exprimer ou de poser des questions si quelqu'un d'autre est présent.

4.2 [Un accompagnement psychologique adapté](#)

4.2.1 [Une prise en charge pluridisciplinaire de la patiente](#)

Une prise en charge globale et convenable des patientes hospitalisées pour IVG médicamenteuse peut nécessiter le recours à des types de professionnels différents dans certaines situations.

- Un accompagnement difficile dû à la complexité du profil social ou psychologique de la patiente

Nous faisons référence à toutes les difficultés abordées par les sages-femmes concernant les profils sociaux et psychologiques particuliers, qui ont été détaillés ci-dessus.

Ajoutons à cela le cas de l'ambivalence, qui pose également problème aux sages-femmes. C'est un cas très répandu en orthogénie puisqu'avant l'IVG, 55% des personnes (hommes et femmes confondues) expriment de l'ambivalence quant à leur choix (27). La grossesse donne lieu à des remaniements psychologiques et psychiques quelle qu'en soit l'issue. Par conséquent, un espace dédié à l'imagination et à la projection de cet enfant prend place chez la mère. C'est cette image du possible futur enfant à naître qui vient se confronter au refus de grossesse et créer l'ambivalence ressentie par la patiente. La première partie de la grossesse étant un stade très narcissique chez la femme, le fait de l'interrompre peut questionner celle-ci sur la part d'elle-même qui pourrait disparaître (29). Elles mettent alors des mécanismes de défense en place, dont nous avons parlé au départ, qui peuvent déstabiliser le professionnel. Il est légitime de se demander s'il n'est bénéfique de poursuivre cette discussion autour de la décision si tel est le souhait de la patiente.

En libérant un espace de parole, nous permettons aux femmes qui en ont besoin ou qui n'ont pas réussi ou pu le faire avant, de s'exprimer et ainsi prévenir d'éventuelles difficultés à venir comme des dépressions ou des répétitions d'IVG (29). Un rôle d'écoute peut être assuré par la sage-femme mais il semble approprié de conseiller une prise en charge conjointe par un psychologue ou un conseiller conjugal et familial, disposant d'une formation complète et adaptée à la situation.

- Un accompagnement difficile dû à la charge trop importante de travail

Comme nous l'avons détaillé ci-dessus, la polyvalence du service et la charge de travail importante font obstacle à l'accompagnement de ces femmes.

Consciente que les établissements de santé sont en difficulté pour recruter du nouveau personnel, nous pouvons conseiller toutefois de faciliter le travail partenarial. Ainsi, la sage-femme peut se faire aider des autres membres de l'équipe, comme les aides-soignants, les infirmiers ou les auxiliaires de puériculture. Ces derniers peuvent également passer du temps avec la patiente et aider à la prise en charge de la douleur avec notamment l'apport de packs chauds ou de l'écoute bienveillante.

Nous avons également pensé à l'intérêt de la disponibilité d'un psychologue ou d'une conseillère conjugale dans le service d'hospitalisation.

- La présence du psychologue pendant l'hospitalisation divise les sages-femmes

En effet, la journée d'hospitalisation n'est pas la plus propice à la verbalisation car il s'agit plutôt d'une parenthèse, d'une réflexion sur soi mais également du plein vécu corporel avec douleur (14). Une consultation avec un psychologue ou un conseiller conjugal est possible pendant le parcours pré-hospitalisation mais le besoin d'en parler peut arriver plus tard.

Les axes d'amélioration que nous pourrions proposer consisteraient en la présence d'un psychologue ou d'un assistant conjugal pour une prise en charge pluridisciplinaire de la

patiente. Leur bagage professionnel et leur formation en psychologie pourraient compléter les compétences techniques des sages-femmes.

Le psychologue peut initier un contact bienveillant, laisser des coordonnées pour être recontacter, et aider la patiente à cheminer et à demander de l'aide à postériori si elle en ressent le besoin.

L'accompagnement psychologique lors de l'hospitalisation est fondamental mais il est également très important avant et après l'IVG.

La proposition d'un entretien psycho-social apparaît d'ailleurs dans l'article L2212-4 du code de la Santé Publique (6). Cela paraît essentiel car selon les études ayant une validité scientifique, l'IVG ne donne pas lieu à un traumatisme, à condition que la femme soit bien accompagnée et qu'elle ait la possibilité d'en parler avant, pendant et après (19).

La difficulté d'accès à ce type de professionnels est malheureusement présente pour les deux centres hospitaliers où l'étude a été réalisée. Dans le premier centre, la présence de la psychologue affectée au service est un réel avantage. Elle n'est cependant pas disponible tous les jours et ne proposerait pas de suivi au long cours. Dans le second centre, le psychologue ou le conseiller conjugal fait partie du parcours pré-IVG, si la patiente le souhaite. Néanmoins, sa présence dans le service est en diminution, par manque d'effectifs.

Nous ne pouvons que recommander la proposition systématique d'un entretien avec un psychologue ou un conseiller conjugal, comme cela est inscrit dans l'article L2212-4 du code de la Santé Publique (6), lorsque cela est possible.

Lors de la discussion avec F. Warinski, E. Guceve et F. Scoch au début de ce travail de recherche, elles nous avaient fait part de l'existence d'un staff d'orthogénie dans leur établissement, permettant de parler au préalable des dossiers complexes. Cette proposition nous semble intéressante pour améliorer la continuité des soins de ces femmes.

4.2.2 Un temps de parole pour les sages-femmes

Ci-dessus, nous avons évoqué les différentes situations mettant en difficultés les sages-femmes lors de l'accompagnement de femmes hospitalisées pour IVG médicamenteuses. Ces confrontations suscitent une multitude d'émotions chez les soignants.

Ils peuvent faire preuve d'incompréhension, d'agacement ou de colère face à une patiente revenant plusieurs fois. Ils peuvent également ressentir de la compassion devant une situation compliquée ou encore de la culpabilité ou un sentiment d'échec de ne pas avoir pu éviter cela.

Israël Nisand, dans son livre « *L'IVG* », nous fait part de l'existence du « *John Wayne Syndrome* ». Il s'agit de soignants n'arrivant plus à exprimer d'émotivités lorsqu'ils sont en contact avec les autres membres de l'équipe. C'est un mécanisme de défense utilisés par les professionnels pour se protéger d'une menace comme l'histoire d'une patiente trop difficile à affronter ou un risque de burn-out par exemple (14).

Ce syndrome s'observe en orthogénie car les professionnels accompagnant quotidiennement les femmes en demande d'IVG s'exposent à des problématiques pouvant être vécues comme des microtraumatismes, fragilisant peu à peu les individus. De plus, certains soignants ont l'impression de « sélectionner des êtres » et cela a pour conséquence la mise en place de barrières pour réussir à banaliser ce geste (14).

C'est pour cette raison que les professionnels s'occupant ces patientes nécessitent un accompagnement régulier. Nous pouvons proposer la mise en place de groupes d'analyse de la pratique professionnelle pour les équipes, animés par un psychologue. Cela permet de parler des difficultés rencontrées lors de l'exercice de leurs pratiques et d'évacuer ce qui pourrait nuire à la relation soignant-soigné.

5 Conclusion

Cette étude nous a permis de comprendre comment les sages-femmes perçoivent l'accompagnement psychologique des femmes hospitalisées pour IVG médicamenteuse.

La littérature témoigne du ressenti des femmes hospitalisées pour ce motif : elles se sentent délaissées, parfois jugées, et souhaiteraient davantage de présence de la part des professionnels (27)(30).

Un bagage en psychologie insuffisant, une organisation des soins polyvalente et chargée ainsi que des locaux inadaptés sont un véritable écueil pour les sages-femmes qui assistent ces patientes.

Dans un premier temps, il est nécessaire de réfléchir à une structure d'accueil spécifique. Il s'agirait d'une réorganisation simple, non génératrice de surcoût pour l'établissement hospitalier. Les changements dans l'organisation du circuit de ces femmes ont pour but de se rapprocher le plus possible d'une prise en charge pluridisciplinaire avec du personnel qualifié, dans un lieu adapté à l'accueil de ces patientes.

L'IVG pourrait être considérée comme une spécialité en obstétrique. En effet, les enjeux familiaux, l'impact psychologique sur les patientes et les situations complexes qu'elle révèle encouragent une formation spécifique du personnel prenant en charge ces femmes. Il apparaît également fondamental de créer un espace de parole dédié aux soignants, essentiel à une pratique sereine et donc de qualité de cette activité.

Ce travail de recherche m'a permis de comprendre davantage les réactions des patientes que je prends en charge pour ce motif et la manière dont il faut les accompagner. Il m'a permis également d'apporter un regard critique sur ma manière d'exercer, que je souhaite appliquer à l'ensemble de ma pratique.

Pour compléter ce travail, il me semblerait intéressant d'étudier précisément le bénéfice pour les patientes qu'aurait la mise en place de la proposition de rituels à l'expulsion lors de l'IVG médicamenteuse.

Il serait également intéressant d'observer la façon dont les établissements et les équipes s'adaptent à l'allongement du délai de recours à l'IVG. En effet, le 2 mars 2022, ce délai est passé de 12 à 14 SA (4).

Références bibliographiques

1. INED. Évolution du nombre d'avortements et des indices annuels depuis 1976 [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2020 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
2. Drees. Etudes et Résultats 1163 - Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>
3. Ministère des solidarités et de la santé. IVG : un droit garanti par la loi [Internet]. IVG.GOUV.FR. 2021 [cité 30 juin 2021]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html#1967>
4. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295 mars 2, 2022.
5. HAS. Recommandations de bonnes pratiques : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. 2010 [cité 30 juin 2021]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
6. Légifrance. Article L2212-4 [Internet]. Code de la santé publique juill 4, 2001. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687529
7. Grancho G, Kanapathy T. Quel est le vécu des femmes, hospitalisées pour subir une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, par rapport à la prise en charge infirmière? [Internet]. Haute Ecole de la Santé La Source; 2008 [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://doc.rero.ch/record/11196>
8. Déchalotte M. Le Livre noir de la gynécologie. Pocket. 2019. 672 p. (Evol - santé/bien-etre).
9. Légifrance. Article R4127-18. Code de la santé publique, Article R4127-18 août 8, 2004.
10. Légifrance. Article L2212-7 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930097
11. Légifrance. Article L1110-4 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/
12. Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Population. 18 oct 2018;73(2):225-322.
13. Bajos N, Ferrand M. From prohibition to control: current issues raised by legal abortion. Rev Francaise Aff Soc. 22 juin 2011;(1):42-60.

14. Israël Nisand, Luisa Araújo-Attali, Anne-Laure Schillinger-Decker. L'IVG. Presses Universitaires de France; 2012.
15. Gründler T. La clause de conscience en matière d'IVG, un antidote contre la trahison ? Droit Cult - Rev Int Interdiscip. 2017;(74):155-78.
16. Attali L, Bettahar K, Guceve E, Scoch F, Warinsky F. Histoires d'IVG, histoires de femmes. Vuibert. Paris: Vuibert; 2021. 115 p.
17. Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. Vie publique.fr. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/276586-loi-visant-renforcer-le-droit-lavortement-delai-porte-14-semaines>
18. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 avr 2004;33(2):125-30.
19. Attali L, Bettahar K, Guceve E, Scoch F, Warinsky F. Histoires d'IVG, histoires de femmes. Vuibert. Paris: Vuibert; 2021. 115 p.
20. Morgny C, Taque R, Fromaget J, Sagot P. Interruption volontaire de grossesse. Tenter de comprendre la répétition. Actual Doss En Santé Publique Adsp. déc 2005;décembre 2005-mars 2006(53-54):106.
21. Pinton A, Hanser A-C, Metten M-A, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 juill 2017;45(7):416-20.
22. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? : quelles réponses peut-on apporter ? [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2016 [cité 9 févr 2022]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810>
23. Rinfret-RaynorMaryse, TurgeonJoane, DubéMyriam. Un Protocole De Dépistage Systématique De La Violence Conjugale. Mesure De L'efficacité. Can J Commun Ment Health [Internet]. 12 mai 2009 [cité 9 févr 2022]; Disponible sur: <https://www.cjcmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmh-2002-0007>
24. Warinsky F, Guceve E, Scoch F, Bonhoure P, Berthet C. Discussion autour de la prise en charge des patientes hospitalisées pour IVG médicamenteuse. 2021.
25. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. Contraception. 1 mars 2007;75(3):224-9.
26. Maela P. The support approach as a specific professional position. Rech Soins Infirm. 2012;110(3):13-20.
27. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1552-67.

28. Bena C, Cohen-Solal Azoulay J. Prise en charge de la douleur au cours de l'IVG médicamenteuse au premier trimestre : revue systématique de la littérature [Internet] [Thèse de médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1791/>
29. Mortureux A. La place de la parole dans l'entretien pré-IVG. *Laennec*. 2010;58(2):6-17.
30. Collier F., Sanz F., Cousyn B. Place de l'accompagnement psychologique des femmes et prise en charge de la douleur. *Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol*. 2012;14(1):25-35.

Annexes

Annexe I : Courrier explicatif à destination des sages-femmes

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Clarisse BERTHET et je suis étudiante sage-femme en Ma5.

Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Il s'agit d'une enquête qualitative sur l'accompagnement d'une patiente hospitalisée pour IVG médicamenteuse par les sages-femmes.

Je recherche des sages-femmes acceptant de réaliser un entretien confidentiel, d'une durée d'environ une heure, en présentiel ou à distance via un appel vidéo.

Avant de participer à cette étude, il est important que vous soyez informé :

- Que votre participation s'effectue sur la base du volontariat
- Que vous avez la possibilité de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les entretiens seront conservés de manière sécurisée et anonyme
- Que vous pouvez avoir accès aux données vous concernant à tout moment
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail
- Que les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Si vous souhaitez participer à cette étude, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante en me précisant vos disponibilités : clarisse.berthet@etu.univ-lyon1.fr ou via un message sur mon téléphone portable au 06.95.97.55.03.

Je vous contacterai par la suite pour convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Merci par avance de votre implication,

BERTHET Clarisse.

Annexe II : Autorisation d'enregistrement

Madame, Monsieur,

Vous allez réaliser un entretien destiné à une étude sur l'accompagnement d'une patiente hospitalisée pour IVG médicamenteuse par les sages-femmes.

Je vous rappelle vos droits ci-dessous :

- Votre participation s'effectue sur la base du volontariat
- Vous avez la possibilité de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en supporter aucune responsabilité
- Vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Les entretiens seront conservés de manière sécurisée et anonyme
- Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant à tout moment
- Je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail
- Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Pour faciliter leur analyse, les entretiens seront enregistrés. Cependant, cette option reste à votre libre appréciation.

Je soussigné..... (Nom, prénom)

- ☐ Accepte
- ☐ N'accepte pas

D'être enregistré lors de l'entretien concernant l'étude sur l'accompagnement d'une patiente hospitalisée pour IVG médicamenteuse par les sages-femmes.

Annexe III : Trame d'entretien

Thème	Questions principales	Questions complémentaires
Données identifiantes	Pouvez-vous vous présenter (nom, prénom, âge, sexe) ? En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ? Où exercez-vous et depuis combien de temps ?	Avez-vous des diplômes complémentaires ?
Fonctionnement hospitalier	Pouvez-vous me décrire le fonctionnement du service où vous prenez en charge les patientes venues pour IVG ?	Comment décririez-vous la place accordée à ces patientes dans le service ?
Fonctionnement de la prise en charge des IVG	Racontez-moi comment s'est déroulée la dernière journée où vous avez pris en charge une IVG médicamenteuse.	A quelle demande de sa part avez-vous pu répondre ? Quelles sont les explications que vous donnez à la patiente ?
Sentiments du professionnel à l'égard de la prise en charge	Qu'avez-vous pensé de cette prise en charge ?	Qu'auriez-vous modifié si vous l'aviez pu ? En quelles mesures le service vous soutient-il dans cet accompagnement ?
Difficultés rencontrées par le professionnel	Pouvez-vous me parler d'une situation ou d'une patiente qui vous a mis en difficulté ? Vous souvenez-vous d'une situation pour laquelle vous avez ressenti le besoin d'en discuter avec d'autres professionnels ?	Avez-vous pris en charge une patiente dont la situation vous a particulièrement touché ou à laquelle il vous arrive de repenser ? Vous est-il déjà arrivé d'être démuni devant la situation d'une patiente ?

Résumé

Auteur : BERTHET Clarisse clarisse.berthet08@gmail.com	Diplôme d'Etat de sage-femme
Titre : Perception de l'accompagnement psychologique par les sages-femmes des patientes hospitalisées pour IVG médicamenteuse	
Résumé : <i>Introduction :</i> Plusieurs études témoignent du ressenti des femmes hospitalisées pour IVG médicamenteuses : elles se sentent délaissées, parfois jugées, et sont demandeuses davantage de soutien de la part de l'équipe soignante. <i>Objectif :</i> Comprendre comment les sages-femmes perçoivent l'accompagnement psychologique de ces patientes et quels axes d'amélioration peuvent être proposés. <i>Méthode :</i> Etude qualitative composée de 10 entretiens semi-directifs réalisés auprès de sages-femmes du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse et du Haut-Bugey. <i>Résultats et discussion :</i> Notre travail a montré que plusieurs problématiques sont pointées par les sages-femmes : un bagage en psychologie insuffisant, une organisation des soins polyvalente et chargée ainsi que des locaux inadaptés à l'accueil de ces patientes. Une réorganisation du circuit de ces patientes, pour une prise en charge pluridisciplinaire dans un lieu adapté serait bénéfique aux femmes, ainsi que la formation spécifique du personnel et la mise en place de groupes d'analyse de la pratique. <i>Conclusion :</i> La mise en place d'un circuit adapté et d'une prise en charge par du personnel formé et à l'aise dans leur pratique paraissent essentiel à l'accompagnement psychologique de ces femmes. Il serait intéressant d'étudier les bienfaits pour les patientes de la proposition de rituels à l'expulsion. Mots clés : Interruption volontaire de grossesse - Psychologie - Accompagnement	

Title : Perception of psychological support by midwives for patients hospitalized for medical abortion
Abstract : <i>Introduction:</i> Several studies testify to the feelings of hospitalized women for medical abortion: they feel abandoned, sometimes judged, and are asking for more support from the health care team. <i>Objective:</i> To understand how midwives perceive the psychological support of these patients and which areas of improvement can be proposed. <i>Methods:</i> Qualitative study composed of 10 semi-structured interviews conducted with midwives of Bourg-en-Bresse and Haut-Bugey hospitals. <i>Results and discussion:</i> Our work has shown that several issues are pointed by midwives: an insufficient psychological baggage, a versatile and charged care organization as well as inadequate local for the reception of these patients. A circuit reorganization for these patients, for better multidisciplinary management in an adapted place would benefit these women, as well as specific staff training and implementation of practice analysis groups. <i>Conclusion:</i> Implementation of adapted circuit and support by trained and comfortable staff in their practice seem essential for psychological support of these women. It would be interesting to study the benefits for patients of proposing rituals to expulsion. Key words : Abortion – Psychology - Support